

# Curso de Mestrado em Enfermagem

## Saúde Materna e Obstetrícia

### **Alívio não farmacológico da dor períneal no puerpério imediato: Contributos do Enfermeiro Especialista**

**Nádia Jivá Pires dos Santos**

**2014**

**Não Contempla as correções resultantes da discussão pública**



# Curso de Mestrado em Enfermagem

## Saúde Materna e Obstetrícia

### **Alívio não farmacológico da dor perineal no puerpério imediato: Contributos do Enfermeiro Especialista**

**Nádia Jivá Pires dos Santos**

**Professora Doutora M<sup>a</sup> Helena Presado**

**2014**





---

## **AGRADECIMENTOS:**

A frequência no Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, cursado na ESEL, foi um marco no meu desenvolvimento pessoal e profissional.

Durante este período foram muitos os momentos de aprendizagem e muitas as pessoas com quem pude partilhar conhecimentos e sentires. Quero agradecer à professora Helena Presado, pela pessoa que é e pelo apoio, disponibilidade, orientações, saberes e incentivo que me transmitiu ao longo destes dois anos de curso.

Agradeço à minha família e amigos pelo apoio e compreensão e ao meu marido pela paciência e companheirismo durante todo o processo de estudos e estágios, sem vocês não conseguiria.

Agradeço também a todos os enfermeiros orientadores durante todo o processo de aprendizagem pela compreensão, aprendizagem transmitida e por me terem tratado como parte da equipa. Obrigada a todas as pessoas que contribuíram direta ou indiretamente para a concretização deste trabalho.

Beijinho a todos!

## **ABREVIATURAS /SIGLAS**

CMEESMO - Curso de Mestrado e Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

EC – Ensino Clínico

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

ESMOG – Especialista em Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica

ICM – International Confederation of Midwives

INE – Instituto Nacional de Estatística

OE – Ordem dos Enfermeiros

OD – Orientadora Docente

OL – Orientadora Local

OMS – Organização Mundial de Saúde

RN – Recém-nascido

WHO – World Health Organization

## RESUMO

No âmbito do 4º CMEESMO da ESEL, foi elaborado um relatório de estágio, intitulado “Alívio não farmacológico da dor perineal no puerpério imediato: Contributo do Enfermeiro Especialista” com o objetivo de perceber as causas, consequências e ações do Enf.º ESMOG para contrariar o desconforto perineal pós-parto e reduzir esta problemática, promovendo um momento de conforto e bem-estar favoráveis à vinculação, melhorando a prática como Enf.ª ESMOG.

Foi efetuada uma pesquisa através de uma pergunta PICO: “de que forma as técnicas não farmacológicas de alívio da dor promovem o conforto da puérpera no puerpério imediato”. Pelas palavras-chave “Perine\* and Pain and Relief” introduzidas nas diversas bases de dados com o uso de limitadores, e após exclusões de artigos repetidos ou que não abordavam a temática, obteve-se 13 artigos de onde se procedeu à revisão da literatura.

Após a análise, colheita de dados e aplicação dos conhecimentos, seguida de nova análise e avaliação junto das puérperas cuidadas, através de entrevistas, efetuou-se uma reflexão acerca dos métodos não farmacológicos de alívio da dor, e deste modo, tentou-se evidenciar qual o contributo do Enf.º ESMOG nesta problemática, identificando os desconfortos da puérpera e orientando as mesmas nas medidas para minimizá-los.

Foram entrevistadas 22 puérperas com idades compreendidas entre os 18 e os 40 anos de idade, de modo a perceber quais os fatores e de que modo estes iriam influenciar a dor sentida no puerpério imediato. Percebeu-se que a morbilidade e as consequências negativas são diminuídas caso as puérperas obtenham informação necessária para o seu autocuidado. A aplicação de técnicas não farmacológicas de alívio da dor diminuiu a dor perineal sentida pelas puérperas, sendo a aplicação de água fria a mais eficaz.

**Palavras Chave:** alívio, dor, períneo, técnicas não farmacológicas, puerpério.

## ABSTRACT

Within the framework of the 4<sup>o</sup> CMEESMO of ESEL, an internship report was elaborated, entitled “non-pharmacological relief of perineal pain in the immediate puerperium: Midwife’s contribute” with the purpose of understanding the causes, consequences and Midwife’s actions to counter the perineal discomfort after birth and reduce this problem, promoting a moment of comfort and well-being favorable for bonding, improving the practice as a Midwife.

Initially there was a research made from a PICO question: “in which way non-pharmacological techniques for pain relief promote the comfort of the mother in the immediate puerperium”. With the words “Perine\* and Pain and Relief” introduced on the several databases with the use of restrictors, and after the exclusion of articles that are repeated or didn’t approach the subject, 13 articles were obtained from which a literary revision was made.

After the analysis, data collection and knowledge application, followed by a new analysis and assessment with the cared mothers through interviews, a reflection of the non-pharmacological methods of pain relief was made, and this way, tried to identify the contribute of the Midwife in this problematic, identifying the mothers discomforts and guiding them through measures to minimize them.

There were 22 mothers interviewed, with ages between 18 and 40 years old, to figure out what are the factors and in which way they were going to influence the pain felt in the immediate puerperium. It was understood that the morbidity and the negative consequences are reduced if the mothers are given the necessary information for their self-care. The application of non-pharmacological techniques for pain relief reduced the perineal pain felt by the mothers, being the application of cold water the most effective one.

**Key Words:** relief, pain, perineum, non-pharmacological techniques, puerperium.

## ÍNDICE

**AGRADECIMENTOS**

**ABREVIATURAS / SIGLAS**

**RESUMO / ABSTRACT**

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>8</b>
<b>1.....</b>	<b>EN</b>
<b>QUADRAMENTO TEÓRICO .....</b>	<b>10</b>
1.1.....	Trab
alho de parto .....	10
1.2.....	Dor
perineal.....	13
1.3.....	Enfe
rmagem Especializada na promoção do conforto .....	16
<b>2.....</b>	<b>ME</b>
<b>TODOLOGIA DE TRABALHO .....</b>	<b>20</b>
<b>3.....</b>	<b>DE</b>
<b>SENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DE</b>	
<b>APRENDIZAGEM.....</b>	<b>25</b>
3.1.....	O
bjetivo 1: Desenvolver conhecimentos e competências para a prestação de cuidados especializados autónomos e interdependentes, à mulher/ casal, inseridos na família e comunidade, durante os 4 estadios do trabalho de parto .....	26
3.2.....	O
bjetivo 2: Desenvolver conhecimentos e competências para a prestação de cuidados especializados autónomos e	



interdependentes, à mulher/RN/Casal, inseridos na família e comunidade, durante o puerpério imediato .....	34
3.3.....	0
Objetivo 3: Identificar a percepção das puérperas em relação ao uso de técnicas não farmacológicas de alívio da dor perineal no puerpério imediato.....	36
4. ....	CO
<b>CONCLUSÃO E TRABALHO FUTURO .....</b>	<b>44</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>48</b>

### **ANEXOS / APÊNDICES**

ANEXO I – Escala de dor visual quantitativa numérica

APÊNDICE I – Artigos analisados na Revisão de Literatura

APÊNDICE II – Resumo dos Artigos

APÊNDICE III – Pedido de autorização para a realização do estudo

APÊNDICE IV – Consentimento Informado

APÊNDICE V – Guião da Entrevista

APÊNDICE VI – Análise de conteúdo das entrevistas

### **ÍNDICE DE FIGURAS E GRÁFICOS**

Figura 1 – Quadro conceptual da Teoria do Conforto de Kolcaba .....	18
Gráfico 1 – Nível de dor no parto .....	39
Gráfico 2 – Nível de dor no Puerpério imediato.....	40
Tabela nº 1 – Categorias e respectivas sub-categorias obtidas através da entrevista .....	38

## INTRODUÇÃO

No âmbito do 4º Curso de Mestrado e Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia da ESEL foi elaborado este Relatório crítico de atividades como modo de avaliação do EC realizado. Trata-se de um relatório de estágio com o desenvolvimento da temática “Alívio não farmacológico da dor perineal no puerpério imediato: Contributo do Enfermeiro Especialista”. Foi escolhida esta temática, pois, como enfermeira generalista no puerpério imediato, evidenciei a existência de puérperas com queixas algícas a nível perineal. Queria deste modo, perceber quais as causas, consequências e as ações do Enf.º ESMOG para contrariar este desconforto e reduzir esta problemática, promovendo um momento de conforto e bem-estar favoráveis à vinculação da tríade, melhorando a minha prática como futura Enf.ª ESMOG.

O EC decorreu em contexto de cuidados de saúde especializados à mulher / RN / Família no Serviço de Bloco de Partos de uma unidade hospitalar central, pertencente a um centro hospitalar que engloba uma região de Portugal com cerca de 5 412 km<sup>2</sup> de dimensão e uma população de 451 005 habitantes (INE, 2011). Teve início a 17 de Fevereiro de 2014 e terminou a 11 de Julho de 2014, com duração de 18 semanas, sendo 500 horas de contacto e 250 horas de orientação tutorial e de trabalho autónomo da estudante.

Este EC tinha como finalidade que o estudante desenvolvesse competências para a prestação de cuidados especializados na área da saúde materna, obstétrica e ginecológica, cuidando a mulher/RN/família inserida na comunidade e promovendo a saúde no âmbito da transição para a parentalidade, em situação de saúde e doença e durante os diferentes estadios do trabalho de parto, puerpério e período neonatal, contribuindo para a diminuição da mortalidade e morbilidade materna, perinatal e neonatal.

Pretendia-se também que o estudante desenvolvesse competências que lhe permitissem “a reflexão sobre as intervenções do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstetrícia (EEESMO) que envolvam implicações e

responsabilidades éticas e sociais e que resultem das suas decisões e/ou juízos, ou as condicionem”.

Desta forma, este documento tem como objetivo ser o resultado de uma reflexão que operacionalizou a mudança no processo de aprendizagem, servindo simultaneamente como uma forma de avaliação. Um relatório é um documento no qual um profissional relata a forma como realizou determinada atividade, registando para memória futura a experiência acumulada e os resultados obtidos. Neste documento é evidenciado o percurso desde o problema até à resposta sustentada (Fonseca, 2012, p.1). É fundamental que o relatório tenha em conta “(...) os *principais componentes de uma investigação, tais como o problema, os objetivos, o quadro de referência, os métodos e os resultados* (...)” (Fortin, 1999, p. 340).

Relativamente à estrutura, este relatório divide-se em quatro capítulos: o enquadramento teórico que relaciona uma teórica de Enfermagem com as competências do Enf.º ESMOG; a metodologia de trabalho evidenciando todo o percurso efetuado; o desenvolvimento de competências de aprendizagem onde se avalia de forma crítica as atividades efetuadas, confrontando a realidade vivida com autores, mobilizando a teoria e evidenciando dificuldades vividas e estratégias adotadas no processo de aprendizagem; e as conclusões e trabalho futuro onde se sugere alterações.

## 1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO:

Na última fase da gravidez a mulher prepara-se para o parto. Esta, ao longo da gravidez, sofre inúmeras alterações fisiológicas que a preparam para o parto e para a maternidade. O trabalho de parto é o decorrer de um processo mais ou menos longo, que necessita de uma avaliação, apoio e acompanhamento constante. Pretende-se neste capítulo desmistificar algumas definições e problemáticas com base em autores, e evidenciar qual o quadro conceptual escolhido para a problemática.

### 1.1 – Trabalho de Parto:

O trabalho de parto é um processo que tem como objetivo a expulsão do feto, e da placenta/membranas para o exterior do útero, através do canal de parto (Lowdermilk & Perry, 2008, p.344). Este é considerado normal quando a gravidez é de termo, sem complicações, com um feto apenas e em posição de vértice, e o trabalho de parto não ultrapassa 18h de duração (Lowdermilk & Perry, 2008, p.346). Possui quatro estadios: o 1º que abarca o diagnóstico de trabalho de parto até ao apagamento e dilatação completa do colo do útero, o 2º que abrange desde a dilatação completa até à expulsão do feto, o 3º que compreende o intervalo entre a expulsão do feto e a expulsão completa dos produtos da concepção, e o 4º que compreende o puerpério imediato, ou seja, até 2 horas de pós-parto (Lowdermilk & Perry, 2008, p. 346-347).

O objetivo da assistência durante o trabalho de parto normal é ter uma mãe e uma criança saudáveis, com o menor nível possível de intervenção compatível com a segurança, havendo um Enf.º ESMOG que vai dar apoio à mulher, família e RN em todas as fases do trabalho de parto, referenciando para outros profissionais quando sai do seu leque de competências (OMS, 1996; WHO, 2004). Os Enf.ºs ESMOG que participam no trabalho de parto, são a certeza de um ambiente de

segurança, confiança e privacidade, que respeita o direito à informação e decisão esclarecida, à individualidade, dignidade e confidencialidade das mulheres (OE, 2012, p.13). A adequada assistência ao parto e o necessário respeito pelos desejos e direitos da grávida, que compreendem um ambiente acolhedor e privado das salas de parto, o apoio contínuo durante o mesmo pelo acompanhante da sua escolha, podendo contar com métodos de alívio da dor sempre que a parturiente os solicite, são alguns dos princípios presentes no modelo de assistência do Enf.º ESMOG (OE, 2012, p.20-21).

o EESMOG assume no seu exercício profissional intervenções autónomas em todas as situações de baixo risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos fisiológicos e processos da vida normais no ciclo reprodutivo da mulher e intervenções autónomas e interdependentes em todas as situações de médio e alto risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos patológicos e processos da vida disfuncionais no ciclo reprodutivo da mulher (OE, 2010b).

De acordo com o ICM (2010), o Enf.º ESMOG tem várias competências básicas que são fundamentais nesta fase da gravidez. Este deve estabelecer uma parceria com as mulheres de forma a promover os cuidados a si próprio e a saúde das mães, bebés e famílias e respeitar a dignidade humana e as mulheres como pessoas com direitos humanos plenos. É importante que o Enf.º ESMOG atue como defesa das mulheres para que a sua voz seja ouvida, que tenha uma sensibilidade cultural, incluindo trabalhar com mulheres e prestadores de cuidados de saúde para ultrapassar as práticas culturais que lesam as mulheres e os bebés e que promovam a saúde e previnam a doença, encarando a gravidez como um acontecimento normal da vida. As competências relatadas para esta fase da gravidez são:

- Possuir os conhecimentos e as competências necessários da obstetrícia, neonatologia, ciências sociais, saúde pública e ética que constituem a base dos cuidados adequados, culturalmente relevantes e de alta qualidade a mulheres, RN e famílias que esperam bebés;
- Prestar cuidados de elevada qualidade e culturalmente sensíveis durante o parto, conduzir um parto limpo e seguro e resolver determinadas situações de emergência para maximizar a saúde das mulheres e dos seus filhos RN;

- Prestar às mulheres cuidados pós-parto abrangentes, de alta qualidade e culturalmente sensíveis;
- Prestar cuidados abrangentes e de alta qualidade a bebés, essencialmente saudáveis, desde o nascimento até aos dois meses de idade.

Por outro lado, as orientações nacionais da OE (2010) referem que o Enf.º ESMOG tem como competências: cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto; e cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal. Estas competências gerais são constituídas por critérios de avaliação que mais especificamente ditam as competências do Enf.º ESMOG.

O quarto estadio do trabalho de parto, também designado por puerpério imediato é quando acontecem várias alterações fisiológicas de reajustamento ao estado não gravídico e estabilização. É identificado como um momento importante de recuperação e descanso da mulher, mas também de vinculação e relacionamento com o RN, sendo que a dor perineal pode tornar-se um problema angustiante que perturbe este momento (East, Sherburn, Nagle, Said & Forster, 2012, p. 94). A mulher neste momento passa para segundo plano, sendo que a principal prioridade do casal é o RN, levando a que a mulher não dê tanta importância ao seu bem-estar e conforto (Francisco, Oliveira, Silva, Bick E Riesco, 2011, p.254).

O trabalho de parto constitui um dos pontos fundamentais da vida psico-sexual da mulher, sendo que, quando é vivenciado com dor, angústia e medo, pode levar a distúrbios psicológicos, afetivos e emocionais, podendo influenciar o relacionamento mãe/RN, além da sua vida afetiva e conjugal. *“O medo gera dor e a dor aumenta o medo”* (Ministério da Saúde, 2001, p.64).

Torna-se, deste modo, importante a atuação junto destes casais num momento em que se encontram mais fragilizados, proporcionando alívio da dor perineal, de modo a poder tornar o puerpério imediato num momento confortável e de vinculação com o RN, não prejudicando o conforto da mulher e a sua relação com o RN e família, contribuindo para o seu bem-estar. O objetivo dos cuidados de enfermagem no puerpério imediato é ajudar a mulher e a sua família no período

inicial da parentalidade, e para tal o seu conforto é fundamental (Lowdermilk & Perry, 2008, p491).

a relação que se estabelece entre o enfermeiro e a parturiente torna-se fundamental, sendo determinante que o enfermeiro veja o corpo da mulher, não como uma máquina que desenvolve o seu trabalho (parir), mas com um todo, uma pessoa que para além de cuidados físicos precisa de outros cuidados. (Coutinho, 2004, p. 2)

A gravidez não é isenta de complicações, sendo necessário que o Enf.º ESMOG as conheça e identifique, a fim de preveni-las. Relativamente ao puerpério imediato, o enfermeiro ESMOG tem como obrigação avaliar a integridade do canal de parto e aplicar técnicas de reparação, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação; e providenciar cuidados nas situações que possam afetar negativamente a saúde da mulher e RN no período pós-natal (OE, 2010b). Presta cuidados pós-parto abrangentes às mulheres, de alta qualidade, e culturalmente sensíveis, sendo por isso, para mim, uma área de bastante importância e que possui ainda necessidade de atenção e aquisição de conhecimentos para aplicação na prática de cuidados (ICM, 2010).

## 1.2 – Dor perineal

A dor é um fenómeno desagradável, complexo e muito subjetivo, com componentes emocionais e sensoriais. As grávidas preocupam-se frequentemente com a dor que irão sentir no trabalho de parto e parto e com o modo como irão reagir e lidar com ela. Existe muita informação sobre como lidar com a dor durante os três primeiros estadios do trabalho de parto, no entanto, penso que a dor no 4º estadio do trabalho de parto é pouco discutida com as grávidas na fase pré-natal, o que as deixa pouco preparadas para a dor quando chega a esta fase.

A dor perineal é definida como a dor que ocorre no corpo perineal, a área de tecido muscular e fibroso que se estende desde a sínfise púbica até ao cóccix (Francisco, Oliveira, Silva, Bick & Riesco, 2011, p. 254). Após o parto vaginal, a dor perineal é influenciada pela extensão de trauma perineal sofrido.

O alívio da dor encontra-se diretamente relacionado com o conforto da pessoa e com o seu bem-estar, pois muitas vezes a ausência de dor é considerada sinónimo de conforto, enquanto a presença e sensação de dor descrevem, muitas vezes, a noção de desconforto. O conforto esteve sempre associado ao cuidado de enfermagem como algo importante e desejado (Nightingale, 2005).

De modo a atingir o alívio da dor e consequentemente o conforto e a transcendência, o Enf.º ESMOG tem que atuar prevenindo ou tratando a dor perineal. A dor perineal no puerpério imediato de um parto eutócico é muito comum, principalmente decorrente de um parto com trauma perineal, lacerações perineais, episiotomia e episiorrafia, ou hemorroidas podendo resultar em mobilidade diminuída, desconforto ao urinar e evacuar, impacto negativo na amamentação ou cuidados ao RN, e pode contribuir para depressão pós-parto ou exaustão mental (East, Sherburn, Nagle, Said & Forster, 2012, p.93).

Independentemente do impacto negativo da dor perineal na vida da mulher, esta é ainda muito negligenciada pelos cuidadores ou referida pelas mulheres, que consideram como consequência inevitável do parto (Francisco, Oliveira, Silva, Bick & Riesco, 2011). A mudança de paradigma é urgente, pois o nosso grupo alvo, requer dos profissionais mais e melhores cuidados, respeitando os seus direitos, cultura, a satisfação das suas necessidades e expectativas de modo a atingir o bem-estar. É fundamental contribuir para a construção de um modelo de vigilância da gravidez, parto e puerpério com qualidade, com a mulher no centro das atenções, onde os ESMOG garantem a continuidade dos cuidados de saúde.

Desta forma, a OE possui desde 2013 um projeto intitulado “Maternidade com Qualidade” que procura dar resposta ao IV objetivo do Plano de Atividades e Orçamento de 2013. Pretende desta forma, garantir a segurança e qualidade dos cuidados através da efetiva regulação do exercício profissional como:

- ✓ Obtenção de mais e melhores cuidados de saúde;
- ✓ Aumento da acessibilidade, proximidade e qualidade dos cuidados;
- ✓ Satisfação dos Enf.º ESMOG envolvidos na prática clínica;
- ✓ A melhoria da eficiência dos cuidados;
- ✓ Dotação de recursos adequada.



A OE pretende, através de indicadores de evidência e de medida do projeto, influenciar os indicadores da prática clínica a melhorar. Estes indicadores são: Hidratação / Ingesta em trabalho de parto; Estímulo a posições não supinas durante o trabalho de parto; Episiotomia / utilização na prática clínica; Amamentação / 1ª hora após o parto; e finalmente o alívio da dor / medidas não farmacológicas no trabalho de parto e parto (OE, 2013).

Os métodos de alívio da dor perineal podem ser farmacológicos ou não farmacológicos, sendo que a escolha das técnicas não farmacológicas de alívio da dor perineal como foco desta problemática foi um modo de proporcionar ao Enf.º ESMOG as ferramentas para, de forma autónoma, poder atuar junto destas mulheres num período de fragilidade e necessidade de apoio, que é o puerpério imediato, tal como ir de encontro ao projeto elaborado pela OE, perspetivando uma melhoria das práticas diárias e dos indicadores da prática clínica.

Uma combinação de métodos de alívio da dor pode ser necessária para aliviar os sintomas. Ambos os tratamentos, sistémico e localizado, podem ajudar, sendo que o gelo local aparenta ser um método aceitável e eficaz no alívio da dor associada ao trauma perineal e hemorróidas (Steen & Roberts, 2011). As ações passam por diminuir o trauma perineal de modo a diminuir o causador de dor perineal (East, Sherburn, Nagle, Said & Forster, 2012):

- Fase Pré-natal: execução de massagem perineal e realização de exercícios do soalho pélvico.
- Fase de trabalho de parto: uso de imersão em água, técnicas de fazer força no 2º estadio do Trabalho de Parto, aplicação de compressas quentes durante o 2º estadio do Trabalho de Parto e posição materna para o parto podem influenciar o trauma;
- No puerpério imediato, a aplicação local de gelo e a administração de medicação intramuscular ou endovenosa, foram evidenciadas como métodos de alívio da dor.

A mulher deve evitar estar sentada ou em pé por tempos prolongados, e ser encorajada a usar pensos higiénicos apropriados, ou seja, mais suaves e que previnem a fricção na ferida perineal (Bick & Basset, 2013). Como métodos de alívio

da dor são referidos a utilização de bolsas de gel frio, gelo e banho como técnicas eleitas. O Enf.º ESMOG tem como objetivo prevenir problemas génito-urinários promovendo exercícios pélvicos no pré-natal e no pós-parto, sendo que a atuação preconizada neste sentido, vai mais de encontro à prevenção e educação para a saúde de grávidas e puérperas (Steen & Roberts, 2011).

### 1.3 – Enfermagem Especializada na promoção do conforto

Confortar é uma forma de concretizar o cuidado, sendo que o cuidar é da ordem da intenção e do ideal moral a atingir (Oliveira & Lopes, 2010). Confortar é *“parte integral do cuidado de enfermagem (...) promovido em resposta às exigências de stress do doente”*. Confortar é ainda definido como *“processo, que não só trata desconfortos, mas também fortalece o doente em ordem a mover-se em direção ao seu auto-conceito de saúde e objetivos e comportamentos para a recuperação”* (Siefert, 2002, p.22).

Jean Watson, na sua teoria fenomenológica existencial e espiritual, considerou o conforto como um componente do cuidar, propondo dez fatores do cuidar que têm subjacente a satisfação das necessidades e o conforto do doente. A autora considera que as atividades de conforto podem ser de suporte, de proteção ou de correção do desenvolvimento pessoal (Watson, 2002).

No sentido de trabalhar a perspetiva do cuidar e do conforto mais profundamente, foi escolhida a teórica Katharine Kolcaba e a sua teoria do conforto de médio alcance como quadro referencial para esta temática, pois perceciona o conforto como um conceito nobre e como um dos principais objetivos de enfermagem, tendo-o estudado com maior profundidade. Kolcaba define *confortar* como um processo de cuidados que visa contribuir para o conforto holístico do doente, satisfazendo as necessidades básicas relativamente aos estados de alívio, tranquilidade e transcendência, sendo o conforto um estado resultante de intervenções de enfermagem para aliviar ou eliminar o *distresse* (Kolcaba, 1994, 2003).

O alívio, para Kolcaba, é o estado em que uma necessidade foi colmatada, sendo necessário para que a pessoa restabeleça o seu funcionamento habitual. A tranquilidade é identificada como o estado de calma ou de satisfação necessário para um desempenho eficiente. E finalmente, a transcendência é definida como o estado no qual cada pessoa sente que tem competências ou potencial para planejar, controlar o seu destino e resolver os seus problemas (Apóstolo, 2009, p.65-66; Kolcaba, 2003, p.10-16).

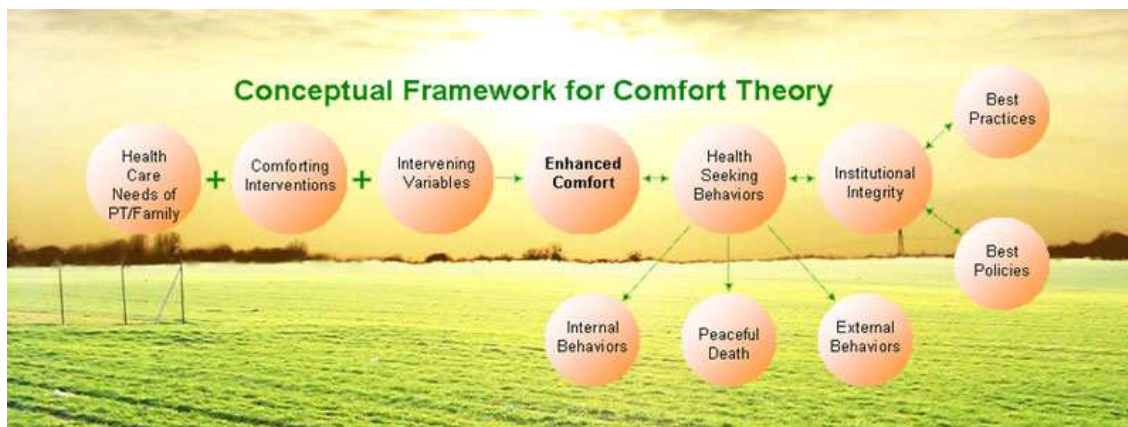
Estes três estados de conforto desenvolvem-se em quatro contextos: o contexto físico que evidencia as sensações corporais; o contexto sociocultural diz respeito às relações interpessoais, familiares e sociais; o contexto psico-espiritual refere-se à consciência de si próprio, autoestima e autoconceito, sexualidade, sentido de vida e religiosidade; e o contexto ambiental que envolve aspetos relacionados com o ambiente do meio onde se encontram (Kolcaba, 2003). A autora refere que a intervenção de enfermagem é a ação de confortar e o conforto é o resultado dessa intervenção, dando relevância à avaliação dos resultados e ao aumento do conforto, conceptualizando e operacionalizando todo o processo (Apóstolo, 2009, p.67).

Apesar da maioria das conclusões efetuadas pela autora serem relacionadas com a prestação de cuidados a idosos, a autora defende que a teoria do conforto é uma teoria aplicável aos mais variados contextos da enfermagem, sendo o conforto um resultado dos cuidados de saúde prestados e algo muito subjetivo. O conforto é então um estado complexo e holístico, em que os quatro contextos em que ele se desenvolve estão interrelacionados e não podem ser avaliados separadamente (Kolcaba, 2003, p.16). No entanto, para que o conforto seja atingido, devem ser avaliadas todas as necessidades do paciente, e nesse sentido, serem estabelecidas intervenções para atingir essas necessidades. Após a aplicação das intervenções é efetuada uma avaliação da sua eficácia, através da comparação entre os scores de conforto antes e após a implementação das mesmas (Kolcaba, 2003, p. 16).

É importante também referir que, mesmo quando não se consegue atingir o alívio e a tranquilidade, podemos intervir com medidas técnicas de conforto para atingir a transcendência, de modo a inspirar ou motivar o paciente a ultrapassar a

sua ansiedade para fazer o que tem que ser feito, como é o caso das grávidas, que têm que passar pela dor do trabalho de parto ou pelo trauma perineal para o nascimento do seu filho (Kolcaba, 2003, p.16).

Figura 1 – Quadro conceptual da Teoria do Conforto de Kolcaba



Fonte: <http://www.thecomfortline.com/>

Relativamente aos quatro conceitos de metaparadigma da disciplina de enfermagem identificados por Fawcett (pessoa, ambiente, saúde e enfermagem), Kolcaba define cada um deles baseado na sua teoria:

- ✓ Enfermagem: a avaliação intencional das necessidades de conforto dos pacientes, famílias, ou comunidades; planeamento de medidas de conforto para atingir as necessidades, incluindo reavaliação de níveis de conforto após implementação de medidas e comparação;
- ✓ Paciente: um indivíduo, família, ou comunidade com necessidade de cuidados de saúde, incluindo primários, terciários ou cuidados preventivos;
- ✓ Ambiente: aspetos do meio envolvente do paciente/ família/ comunidade que afetam o conforto e que podem ser manipulados para aumentar o mesmo;
- ✓ Saúde: função ideal de um paciente/ família/ comunidade promovida pelo aumento de conforto.

As competências do Enf.º ESMOG relacionadas com este EC são cuidar a mulher, inserida na família e comunidade, durante o período pré-natal, trabalho de

parto, e período pós-natal. Está mencionado nos critérios de avaliação da unidade de competência H 3.1 do Regulamento de competências específicas do Enf.º ESMOG, relacionado com a promoção da saúde da mulher durante o trabalho de parto e otimização da adaptação do RN à vida extra-uterina, que o Enf.º ESMOG deve conceber, planejar, implementar e avaliar intervenções de promoção do conforto e bem-estar da mulher e conviventes significativos (OE, 2010b). No mesmo regulamento, todas as competências esperadas por parte de um Enf.º ESMOG iniciam-se pela palavra “cuidar” (OE, 2010b).

Desta forma, sendo o cuidar e o conforto componentes essenciais da enfermagem especializada, cabe ao Enf.º ESMOG atuar junto das mulheres de modo a possibilitar-lhes as ferramentas para o seu conforto e bem-estar, tendo sempre em vista que estas atinjam o estado de transcendência. Pretende-se que o Enf.º ESMOG cuide da mulher e a ajude nos vários processos de saúde/doença que vivência, sendo o cuidar a prática de enfermagem (Neil, 2004, p.165).

## 2. METODOLOGIA DE TRABALHO:

O desenvolvimento desta temática iniciou-se por uma revisão da literatura que é uma forma de pesquisa que utiliza como fonte de dados a literatura sobre determinado tema (Sampaio & Mancini, 2007). Este tipo de investigação disponibiliza um resumo das evidências relacionadas a uma estratégia de intervenção específica, mediante a aplicação de métodos explícitos e sistematizados de busca, apreciação crítica e síntese da informação selecionada.

Teve como objetivo analisar quais os métodos não farmacológicos de alívio da dor perineal mais usados no puerpério imediato, e quais os resultados dos estudos de investigação relacionados com o tema, tendo sido elaborada uma pergunta PICO (População, Fenómeno e contexto): “de que forma as técnicas não farmacológicas de alívio da dor promovem o conforto da puérpera no puerpério imediato”. Através das palavras-chave “Perine\* and Pain and Relief” introduzidas nas bases de dados EBSCOhost Web, CINAHL, MEDLINE, Cochrane e MedicLatina, com o uso dos limitadores full text, artigos de 2003 a 2013 e na língua portuguesa, inglesa ou espanhola, foram encontrados 84 artigos que se passaram a estudar.

Foi escolhida a revisão de literatura após 2003 e até à atualidade, pois, apesar do conforto ser uma temática bastante trabalhada, e desde há muito tempo associada aos cuidados de enfermagem, os cuidados perineais no puerpério imediato têm vindo a ganhar maior relevância nos anos mais recentes, havendo mais autores a trabalhar esta problemática nos últimos 10 anos, dado uma maior ênfase para o conforto no puerpério imediato. Desta forma, não foram utilizados artigos anteriores a este ano, pois, além da existência de artigos ser mais volumosa após 2003, os artigos das décadas de 60 a 80 consideravam o conforto um objetivo menor dos cuidados de enfermagem em detrimento do foco nos cuidados físicos. Nestes casos só davam relevância à vertente emocional em caso de impossibilidade de tratamento médico, o que vai contra o preconizado por Kolcaba que refere que os

estados de conforto implicam 4 contextos de atuação, já explicados anteriormente (Apóstolo, 2009; Kolcaba, 2003).

Dos 84 artigos obtidos, foram excluídos artigos repetidos, artigos que no resumo não abordavam a dor perineal e artigos que não abordavam as técnicas não farmacológicas de alívio da dor perineal, ao qual se obteve 13 artigos onde se procedeu à revisão da literatura (APÊNDICE I). Os textos foram analisados e foi extraída toda a informação relativa aos cuidados perineais e aos métodos de alívio não farmacológico da dor perineal no puerpério imediato para, deste modo, poder haver uma comparação/ aplicação destes conhecimentos na prática de cuidados que ocorreu em contexto de EC através das atividades planeadas.

Após a análise dos artigos, planearam-se as atividades a desenvolver, que nortearam o conhecimento e a procura de resultados e respostas à questão inicialmente efetuada: de que forma o Enf.º ESMOG pode atuar autonomamente perante situações de dor perineal no puerpério imediato, de modo a proporcionar à mulher alívio, tranquilidade e transcendência nos vários contextos em que ela se insere.

Teve-se em conta as unidades de competência H.3, que ditam que o Enf.º ESMOG cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto, especificando para os critérios de avaliação H 3.1.3, H 3.1.6, H 3.3.4, e H.4 que dita que o Enf.º ESMOG cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal, especificando com os critérios de avaliação H4.1.5, H4.2.4, H4.2.5, H4.3.1, H4.3.2. Pretendeu-se, deste modo, desenvolver as seguintes atividades:

- ✓ Identificação das causas de dor perineal através da prestação de cuidados;
- ✓ Aplicação de métodos não farmacológicos de alívio da dor no puerpério imediato;
- ✓ Entrevista semi-estruturada às puérperas na obstetrícia, sobre a dor perineal sentida, métodos de alívio da dor usados e a sua eficácia;
- ✓ Reflexão sobre a prática de cuidados à luz da evidência científica;

- ✓ Reflexão sobre as intervenções do Enf.º ESMOG que envolvam implicações e responsabilidades éticas e sociais, e que resultem em decisões ou que as condicionem;
- ✓ Realização de educação para a saúde às puérperas de forma a dotá-las dos conhecimentos necessários à melhoria do conforto e bem-estar.

Estas atividades tiveram como base os resultados encontrados na revisão de literatura de vários autores, onde se refere que a dor perineal, no puerpério imediato, esteve mais associada às intervenções efetuadas intraparto e com características maternas, e que pode influenciar as atividades diárias da mulher, incluindo padrões de sono, função urinária e intestinal, cuidados ao RN, e relações sexuais. (Francisco, Oliveira, Silva, Bick & Riesco, 2011).

Os enfermeiros têm a obrigação de salvaguardar os direitos humanos em todo o tempo e em todas as situações, o que inclui assegurar que cuidados adequados são prestados, com os recursos disponíveis, de acordo com a ética. A ética torna-se essencial neste tipo de recolha de dados, sendo fundamental que a puérpera recebesse a informação apropriada para consentir o tratamento, procedimentos ou a participação nas entrevistas (Nunes, 2013, p.6). Pretendeu-se seguir os seis princípios éticos:

- ✓ Beneficência – “fazer o bem” para a puérpera e para a sociedade;
- ✓ Avaliação da maleficência – avaliar os riscos possíveis e previsíveis;
- ✓ Fidelidade – estabelecimento de uma relação de ajuda entre o Enf.º ESMOG e a puérpera;
- ✓ Justiça – proceder com equidade entre as puérperas;
- ✓ Veracidade – informar sobre os riscos e benefícios, conseguindo consentimento livre e esclarecido da puérpera, tal como dar a conhecer toda a informação necessária como natureza, fim e duração da investigação;
- ✓ Confidencialidade – salvaguardar a informação pessoal da puérpera e família, a sua intimidade e anonimato, dando-lhe o direito de negar-se a responder às questões efetuadas.



A colheita de dados decorreu em contexto de prestação de cuidados especializados à Mulher/ RN / Família num Serviço de Bloco de partos de um hospital público português, e teve como finalidade desenvolver competências que permitissem aplicar métodos não farmacológicos de alívio da dor no puerpério imediato, e como objetivo geral pretendeu-se compreender de que forma o Enf.º ESMOG pode atuar autonomamente perante situações de dor perineal no puerpério imediato, de modo a proporcionar à mulher alívio, tranquilidade e transcendência nos vários contextos em que ela se insere. Foi fundamental, de forma a conseguir atingir esse objetivo, alcançar os seguintes objetivos específicos:

- ✓ Identificar as causas de dor perineal;
- ✓ Reconhecer técnicas de alívio da dor perineal;
- ✓ Identificar de que modo as técnicas não farmacológicas contribuem para o alívio da dor;
- ✓ Refletir sobre as intervenções e prática de cuidados do Enf.º ESMOG, à luz da evidência científica.

Do ponto de vista metodológico, pretendeu-se efetuar uma colheita de dados qualitativa, tentando perceber como ocorrem as experiências quotidianas e quais os seus significados para o sujeito, neste caso, para a puérpera (Nunes, 2013, p.8). No entanto, por ser uma colheita de dados a puérperas internadas, foi necessário proceder a um pedido formal à instituição em questão.

Elaborou-se um projeto e um pedido à entidade hospitalar de modo a autorizar a colheita de dados junto das utentes. Após autorização da mesma, já em contexto de prática de cuidados, procedeu-se a entrevistas semi estruturadas a puérperas de parto eutócico, onde, após o preenchimento de um consentimento informado, se procedeu à colheita dos dados de parto e notas sobre a dor perineal e métodos de alívio da mesma. Foram também efetuados ensinamentos individualizados e subjetivos sobre o períneo, dor pós-parto e recuperação pós-parto de acordo com as necessidades encontradas junto de cada puérpera/ família.

Relativamente aos recursos materiais, recorreu-se à utilização de gelo para aplicação local no períneo, em contacto indireto com utilização de compressas a envolver o mesmo, durante 20 minutos, 4/6 vezes por dia para alívio da dor e edema

local e água da torneira, numa temperatura fria, preferencialmente na temperatura de 12,6°C, para aplicação local segundo os benefícios referenciados na evidência científica.

O nível de dor perineal sentido pela mulher foi avaliado através de um instrumento de monitorização da dor (Anexo I), uma escala quantitativa visual numérica que consiste numa régua dividida em onze partes iguais, numeradas sucessivamente de 0 a 10. Esta régua foi apresentada à puérpera com o objetivo que a mulher fizesse a equivalência entre a intensidade da sua dor e uma classificação numérica, sendo que zero corresponde à classificação “Sem Dor” e 10 à classificação “Dor Máxima” (Dor de intensidade máxima imaginável).

A mulher através da escala identificou o seu nível de dor perineal no puerpério imediato e puerpério mediato, e posteriormente foi efetuada uma comparação de resultados cruzando os dados sobre os métodos não farmacológicos de alívio da dor perineal usados. O tempo de aplicação das atividades preconizadas e de avaliação dos resultados obtidos foi a totalidade do EC preconizado, havendo lugar a reflexão. A avaliação dos resultados tem grande relevância, pois só através de uma análise dos resultados se podem alterar modos de atuar, conceptualizando e operacionalizando o processo de cuidados de enfermagem, promovendo a saúde e prevenindo complicações que levem a um agravamento da situação.

As entrevistas foram efetuadas no dia seguinte ao parto de modo a que as mulheres pudessem recuperar do mesmo, aplicar os métodos de alívio da dor e tirar as suas conclusões, sendo que todos os partos foram efetuados por mim com supervisão de uma Enf.<sup>a</sup> ESMOG. Desta forma foi possível um melhor acompanhamento, conseguindo perceber de que forma as atitudes tomadas durante o parto e as ações de educação para a saúde efetuados durante e após o mesmo, tiveram repercussões no puerpério.

Foi entregue um consentimento informado a todas as puérperas interessadas em participar, onde foi explicado o motivo da entrevista e que estariam salvaguardados os dados da utente e família, tendo em conta a ética deontológica da nossa profissão. Não houve nenhuma recusa de utentes a participar na colheita de dados.



### 3. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DE APRENDIZAGEM:

Com este capítulo pretende-se analisar os objetivos e atividades descritas no projeto de aprendizagem. A análise está normalmente associada a um momento de reflexão que permite descortinar o contributo de uma experiência ou projeto, sendo importante identificar os aspetos positivos e negativos para que se consiga crescer e melhorar. As reuniões informais com a OL do EC constituíram uma mais-valia neste processo de aprendizagem, conhecimentos e habilidades, na medida em que foram discutidos diariamente: as ações de enfermagem, os casos mais complexos, os projetos a desenvolver, bem como as dificuldades sentidas e a melhor atuação perante cada situação. Estes momentos de discussão permitiram um maior envolvimento gerando motivação e o desenvolvimento progressivo de competências.

O conhecimento dos protocolos e a comunicação entre a equipa multidisciplinar, e o seu incondicional apoio revelaram-se preponderantes neste processo de aprendizagem. A necessidade de aprofundar conhecimentos e desenvolver competências foi uma realidade diária, tendo havido períodos em que foi mais difícil devido ao pequeno número de partos a ocorrer na instituição. A colaboração ativa em atividades neste serviço foi uma mais-valia, na medida em que, facilitou a integração no seio da equipa permitindo considerar-me parte integrante da mesma. A adesão da equipa nos locais de aplicação das atividades foi fundamental para a aquisição de conhecimentos e para a colheita de dados, contribuindo para a formação como Enf.<sup>o</sup> ESMOG.

Como futura Enf.<sup>a</sup> ESMOG é uma grande preocupação possuir conhecimentos técnico-científicos capazes de garantir o nível de desempenho exigido, e ao mesmo tempo como valorização pessoal. As competências técnico-profissionais significam um pilar para o “saber-fazer”. No entanto, as competências não constituem apenas as habilidades técnicas e os conhecimentos científicos adquiridos. É necessário compreender que as competências do domínio relacional são tão ou mais importantes que todas as outras. *“Possuir uma raquete de ténis e*

*sapatilhas não significa que se possa ser excelente em ténis; possuir conhecimentos teóricos e técnicos também não significa que se seja uma enfermeira competente*” (Phaneuf, 2005, p.3). A comunicação e a relação que se estabelece com os outros são habilidades fundamentais e imprescindíveis na enfermagem, são a base do “CUIDAR”, algo que tentei desenvolver e melhorar durante todo o percurso de EC, tornando-se um pilar na minha prestação de cuidados.

Desta forma, pretende-se com este capítulo refletir acerca do percurso de aprendizagem, avaliando as atividades preconizadas e desenvolvidas, face aos objetivos propostos no projeto de EC. O capítulo é dividido consoante os objetivos preconizados, pretendendo, desta forma, facilitar a exposição e análise dos mesmos.

### **3.1 – Objetivo 1: Desenvolver conhecimentos e competências para a prestação de cuidados especializados autónomos e interdependentes, à mulher/ casal, inseridos na família e comunidade, durante os 4 estadios do trabalho de parto**

A prestação de cuidados foi baseada nas competências referidas pela OE (2010) sobre o Enf.º ESMOG e nas competências referidas pelo ICM (2010) que diz que o Enf.º ESMO deve: possuir os necessários conhecimentos e habilidades relacionados com as ciências sociais, saúde pública e ética que formam a base de cuidados de qualidade, culturalmente relevantes e apropriados à mulher, recém-nascido e famílias no seu ciclo reprodutivo; fornecer cuidados de alta qualidade, educação para a saúde e serviços para todos na comunidade, de forma a promover famílias saudáveis, gravidezes planeadas e vivências positivas da paternidade; fornecer cuidados pré-natais de alta qualidade de forma a maximizar a saúde durante a gravidez incluindo a deteção precoce e tratamento ou referenciação de complicações.

A atuação durante os quatro estadios do trabalho de parto foi fundamental para a perceção de todo o processo que é o trabalho de parto e de qual a perceção

da mulher relativamente á dor sentida durante o mesmo. O acolhimento ao casal/família, e a anamnese, facilitaram a aquisição de dados importantes, tal como possibilitou o início de uma relação de ajuda entre a família e a profissional de saúde envolvida. O acolhimento é *“um cuidado de enfermagem onde a relação estabelecida com o utente é tanto mais poderosa consoante a influência que através dele o enfermeiro possa exercer com a utente”* (Collière, 2003, p.152). Foi possível perceber quais os desejos e necessidades da família, em especial da grávida, e assim atuar de acordo com os mesmos, ou de acordo com um plano de parto pré-concebido, possibilitando-lhe atingir a transcendência. Em qualquer das atividades desenvolvidas, procurei sempre ter em atenção o acolhimento adequado, individualizado, realizado à utente/família, indo de encontro à vivência e à cultura de cada utente, procurando estabelecer um clima de empatia e assim criar um momento de partilha e confiança entre enfermeiro e utente.

Efetuuou-se a vigilância do bem-estar materno e fetal, pois tem como objetivo *“promover a saúde e o bem-estar da grávida, do feto e do RN”* (Graça, 2012, p. 149). Nesta fase, o exame físico, ginecológico e obstétrico foi importante de forma a perceber se existia algum fator de risco ou alguma alteração da normalidade. É feita a avaliação de parâmetros vitais, do estado nutricional da grávida, o exame vaginal e a monitorização da frequência cardíaca fetal e contractilidade uterina através de cardiotocografia. Detetaram-se precocemente desvios da normalidade, como patologias associadas à gravidez – pré-eclampsia e diabetes gestacional – implementando intervenções adequadas, e sempre referenciando situações que estão para além da área de atuação do Enf.º ESMOG. Senti necessidade de colmatar deficiências de conhecimento sempre que tinha situações novas, o que me levou a recorrer várias vezes aos livros, a estudos e à Enf.<sup>a</sup> OL.

Durante o EC tive oportunidade de efetuar toques vaginais a grávidas com e sem trabalho de parto, no entanto, senti dificuldade na perceção da dilatação do colo uterino entre os 5 e os 8 cm de dilatação e quando o colo uterino está muito posterior pela dificuldade em lá chegar. Apesar das dificuldades, sinto que as técnicas e estratégias transmitidas pela Enf.<sup>a</sup> OL foram essenciais para ultrapassar essas dificuldades. A perceção da anatomia do canal de parto e da estática fetal foi

fundamental para a perceção do parto em si, podendo desta forma, estabelecer intervenções adequadas a cada fase do trabalho de parto.

A interpretação da cardiotocografia intraparto revelou-se um desafio, na medida em que foi difícil identificar as situações anormais atribuindo-lhes um significado. As anomalias do batimento cardíaco fetal nos fetos de termo têm significados diferentes do observado nos pré-termo, nos fetos de parturientes hipertensas, diabéticas ou fetos sujeitos a rutura prolongada das membranas (Graça, 2012, p. 341). Desta forma, a deteção de momentos anormais de batimento cardíaco fetal, que em diversas situações era notória e facilmente perceptível, em outras situações foi difícil detetar e atribuir-lhe um significado. O apoio da Enf.<sup>a</sup> OL e da equipa foi fundamental para a perceção e deteção destas alterações.

Foram efetuadas ações individuais de educação para a saúde sobre os mais variados temas relacionados com os quatro estadios do trabalho de parto, segundo as necessidades da grávida/família, pois a melhor forma de prevenir e cuidar da saúde da grávida é mantendo-a informada sobre a sua condição de saúde e sobre complicações inerentes á mesma, aconselhando-a constituindo um momento importante de informação e de promoção de estilos de vida saudáveis para os mesmos, permitindo assim o autocuidado e encaminhando para outros profissionais de saúde competentes em caso de necessidade, e de acordo com os recursos disponíveis (Graça, 2012, p. 149). Torna-se importante:

(...) ir criando no indivíduo uma cultura de saúde que lhe permita autocuidar-se e cuidar dos seus, que lhe informe dos seus direitos como usuário e dos seus deveres como cidadãos, que o informe como atuar, em situações especiais ou como valorizar determinados aspetos que incidem desfavoravelmente na sua saúde. (Nardiz, 1989, p.20)

O envolvimento do pai durante os quatro estadios do trabalho de parto, no corte do cordão aquando do nascimento, e a inclusão da família e pessoas significativas durante todo o percurso foi importante. Os conhecimentos e as intervenções do Enf.<sup>o</sup> ESMOG devem *“centrar-se na unidade familiar enquanto foco de cuidados, não só na saúde da mulher (...) tendo em conta a unidade familiar e social que as contextualizam”* (Graça, 2012, p.162).

Nesta fase, que é muito importante para o casal, existe a transição para a parentalidade que exige “*várias adaptações e mudanças por parte dos futuros pais, tanto a nível biológico e psicológico, como social*” (Graça, 2012, p.162). O acompanhamento da grávida / casal durante o trabalho de parto é uma das funções mais importantes do Enf.º ESMOG e é fundamental que este perceba a dinâmica do casal, “*as suas competências e os seus conhecimentos prévios com o objetivo de adequar os cuidados prestados às necessidades detectadas*” (Graça, 2012, p.163-164). É importante que o Enf.º ESMOG mobilize competências e conhecimentos para apoiar o casal e proporcione um acompanhamento individualizado e adequado às necessidades evidenciadas, algo que procurei sempre efetuar durante o EC.

A maioria das grávidas sente dor durante o percurso do trabalho de parto de evolução normal, sendo que o processo de aliviar a dor depende do método utilizado (Graça, 2012, p. 356). Durante a prestação de cuidados às grávidas promoveram-se medidas farmacológicas de alívio da dor como a administração de medicação endovenosa e epidural, e medidas não farmacológicas de alívio da dor como o uso da bola de pilates, a massagem à grávida, a deambulação e a posição alternativa durante o trabalho de parto (anti-litotomia) (Lowdermilk & Perry, 2008, p. 359). Em todos os partos acompanhados, foi referido pelas puérperas o alívio após o parto, e a tranquilidade no puerpério imediato quando acompanhadas pelo RN, não tendo nenhuma, neste momento, apresentado características perceptíveis de atingir a transcendência.

Não há nenhuma evidência que prove que a dor de parto seja benéfica para a grávida ou para o feto. Pelo contrário, o stresse, a ansiedade e a dor produzem, através de reflexos medulares, alterações na homeostasia materna e provocam efeitos prejudiciais sobre parturiente e feto, assim como afetam a normal evolução do parto (Graça, 2012, p. 358).

Estive presente em partos com situações de distocia mecânica e dinâmica, como situações de taquissistolia uterina em que foram necessárias intervenções medicamentosas de forma a reduzir a contractilidade uterina como a suspensão imediata de terapêutica útero-estimulante em curso, a administração de fluidos e o posicionamento da grávida em decúbito lateral esquerdo, que são essenciais para aumentar a perfusão utero-placentária e a oxigenação, impedindo situações de hipóxia fetal ou de deficiente progressão do trabalho de parto (Graça, 2012, p. 332).



As distocias mecânicas mais comuns foram a apresentação de vértice occipito posterior e o assinclitismo. Estes podem levar a um prolongamento do trabalho de parto, e a uma lenta progressão durante o período expulsivo, podendo culminar num parto distócico (Graça, 2012, p. 337).

Observei partos distócicos por ventosa, fórceps e cesariana durante o EC, efetuados pela equipa médica, com quem adquiri alguns conhecimentos sobre o parto distócico e sobre técnicas de episiorrafia. A reanimação neonatal, por ser algo que efetuo no meu dia-a-dia como enfermeira generalista no Serviço de Bloco de Partos e por ter a certificação do curso de reanimação neonatal, optei por não lhe dar tanto enfoque, preferindo dar mais atenção às dificuldades sentidas. No entanto, prestei cuidados a RN após o parto, promovendo o contacto pele-a-pele, a profilaxia preventiva da doença hemorrágica neonatal, e a vinculação da tríade, intervindo quando necessário através da aspiração de secreções, da estimulação táctil e da oxigenação suplementar ou com insuflador manual.

Participei num total de 119 trabalhos de parto, tendo efetuado 42 partos eutócicos. Preenchi partogramas de acordo com a evolução do trabalho de parto acompanhado e efetuei amniotomia quando necessário de forma a avaliar o bem-estar fetal ou para promover o trabalho de parto. Nestes trabalhos de parto, efetuei várias intervenções de enfermagem, no entanto a que senti maiores dificuldades foi a episiotomia / episiorrafia. Efetuei 24 Episiotomias e respectivas episiorrafias e 17 correções de lacerações perineais.

A episiotomia deve ser efetuada no períneo posterior quando a apresentação distende o períneo, de forma a diminuir a extensão da incisão e a hemorragia, inserindo o indicador e o dedo médio entre a apresentação e a parede vaginal, procedendo ao corte, preferencialmente medio-lateral iniciado ao nível da fúrcula, usando os dedos como guia e proteção do escalpe fetal (Graça, 2012, p. 697). Apesar de a episiotomia ser uma técnica invasiva que se pretende reduzir às situações estritamente necessárias, apenas consegui efetuar um parto com períneo íntegro. Este facto deve-se à insegurança, e inexperiência ao efetuar um parto, pois inicialmente tentei avaliar a necessidade de execução da técnica, e nos partos em que achei que seria possível um períneo íntegro, ocorriam lacerações de 1º e 2º

grau pela falta de proteção do períneo, ou pela existência de laterocedências da mão fetal.

Houve também situações em que permitia a distensão do períneo para observação da necessidade de episiotomia, mas que depois não conseguia inserir os dedos rápido o suficiente para efetuar a técnica, levando a lacerações. As lacerações do períneo podem ser classificadas em quatro graus de acordo com as estruturas envolvidas (Graça, 2012, p. 697):

- 1º grau – fúrcula, pele do períneo e mucosa vaginal;
- 2º grau – as estruturas do 1º grau mais a fáscia e os músculos do diafragma urogenital;
- 3º grau – as estruturas do 2º grau mais o esfíncter rectal;
- 4º grau – as estruturas do 3º grau mais a mucosa rectal.

O receio após a ocorrência de uma laceração de 3º grau levou a uma maior cautela e receio da minha parte em permitir a distensão completa do períneo, pois este tipo de laceração envolve maiores riscos, dor e complicações, como a infeção, e a incontinência de gases e fecal (O'Reilly, Bottomley & Rymer, 2008, p. 409). Com a orientação da Enf.<sup>a</sup> OL, consegui ultrapassar o receio, e efetuar um parto com períneo íntegro, sendo que a maior parte das lacerações foi de 1º grau.

A dequitação é o processo que leva à expulsão da placenta após o nascimento, pode demorar até 30 minutos e que pode ocorrer de duas formas: sob o mecanismo de Schultze ou sob o mecanismo de Duncan (Graça, 2012, p. 322). O mecanismo de Schultze caracteriza-se pela separação inicial da placenta pela sua zona mais central, formando um hematoma que só expulso após a exteriorização da placenta, ao contrário do mecanismo de Duncan em que a placenta inicia a sua separação pela periferia, havendo uma hemorragia prévia à exteriorização da placenta, resultante da separação das membranas da parede uterina (Graça, 2012, p. 322). Esta espera pode ser reduzida, efetuando uma ligeira tração do cordão umbilical apenas com o peso da mão, segundo o eixo da vagina, e com a mão oposta efetuar pressão supra-púbica (Graça, 2012, p. 322). Durante esta espera promoveu-se a vinculação da tríade e o contacto pele-a-pele.

Após a expulsão, a placenta deve ser inspecionada de modo a identificar possível retenção de restos placentares ou de membranas (Graça, 2012, p. 422). Durante o EC foi possível observar dequitudas naturais por ambos os mecanismos, havendo situações em que houve retenção de membranas por membranas fragmentadas. Nestas situações é necessária uma revisão uterina, por parte do obstetra, de forma a explorar a cavidade e esvaziá-la completamente (Graça, 2012, p. 423).

A episiorrafia foi outro desafio encontrado durante este EC. Com a reparação pretende-se uma hemóstase adequada e um encerramento do espaço aberto para evitar um potencial hematoma ou infeção (O'Reilly, Bottomley & Rymer, 2008, p. 406). Esta reparação deve ser sempre efetuada por planos reconstruindo a anatomia e promovendo a hemóstase, usando o mínimo possível de material de sutura para uma boa cicatrização (Graça, 2012, p. 698). Tive oportunidade de aprender e efetuar vários tipos de suturas nas episiorrafias (Sutura contínua, pontos separados, simples, inversa, donatti, intradérmica), de forma a encontrar aquela que achava mais adequada a cada situação, e para tal a experiência e conhecimentos da Enf.<sup>a</sup> OL foram fundamentais.

O primeiro plano de sutura foi para mim o mais difícil, e aquele que prima mais pela perfeição de modo a que os bordos fiquem corretamente unidos e que a fúrcula fique corretamente corrigida. Este deve iniciar-se *"1 cm acima do vértice da incisão para que fique assegurada a homeostase (...) a sutura será contínua (...) e terminará junto ao anel himeneal"* (Graça, 2012, p. 698). Esta sutura, para alguém que é um tanto ou quanto perfeccionista, torna-se difícil de conseguir. A manipulação dos ferros durante a sutura foi inicialmente complicada, mas com a prática e treino, penso que se tornou mais fácil.

De entre as várias famílias acompanhadas, uma que mais me marcou foi uma família que acompanhei durante o parto e posteriormente no luto, após o óbito do RN minutos após o nascimento por patologia cardíaca só posteriormente conhecida. *"As cardiopatias congénitas são as malformações graves mais frequentes que se manifestam no RN e que contribuem significativamente para a mortalidade perinatal"* (Graça, 2012, 734). Após o cordão umbilical ser laqueado, o RN passa a ter uma

independência cardio-respiratória, o que faz com que as malformações se manifestem neste momento, tornando-se numa ameaça à sua sobrevivência. Todas as situações e famílias que acompanhei durante o EC possibilitaram-me crescimento pessoal e profissional com aquisição de conhecimentos e aprendizagens para o resto da minha vida.

Evidencio a experiência enriquecedora adquirida na área da saúde materna e obstetrícia, que me tem levado a refletir acerca das competências do Enf.º ESMOG nesta área que implica muitos conhecimentos e muita responsabilidade. A elaboração da avaliação constituiu mais um momento de reflexão, para além da retrospectiva do desempenho efetuado, do esforço acometido, da motivação, e desmotivação em certos momentos, sentida durante o EC, sempre reconhecendo os progressos efetuados e a possibilidade/necessidade de desenvolver ainda mais capacidades, enaltecendo o grande apoio que me foi dado pela Enf.ª OL.

Aconteceram imensas trocas de experiências com a Enf.ª OL, que contribuíram em muito para a aquisição de novos saberes e competências, considerando este EC um período de aprendizagem francamente positivo e enriquecedor, não só no desenvolvimento de competências relacionais como práticas especializadas. Tentei demonstrar capacidades na prática da prestação de cuidados de enfermagem especializados de qualidade, culturalmente relevantes e apropriados à mulher, casal e família, durante o trabalho de parto, promovendo a educação para a saúde, a deteção precoce, o tratamento e a referenciação de complicações, sendo tendo como referências o regulamento de competências do Enf.º ESMOG da OE e as orientações do ICM. Tentei ultrapassar as dificuldades, tentando ainda e sempre melhorar na atuação como profissional especializado. Procurei desenvolver competências científicas, técnicas e relacionais e potenciar a minha autonomia, de forma a poder prestar cuidados especializados como futura Enf.ª ESMOG.

Pretende-se que um Enf.º ESMOG seja um Enf.º perito, apreenda as situações de uma perspetiva global, e que ao contrário do Enf.º proeficiente, nunca exclua uma série de possibilidades alternativas, afastando da sua prática o método analítico, agindo de modo intuitivo (Benner, 2001, p. 54). Este Enf.º tem um papel

fundamental para o desenvolvimento do conhecimento, em que a prática é tornada visível através da descrição das suas experiências onde são evidenciadas as suas competências (Benner, 2001, p. 54). Como aluna, de acordo com a aprendizagem e com o pretendido neste EC sinto-me competente, no entanto, como futura Enf.<sup>a</sup> ESMOG inicio funções como Enf.<sup>a</sup> iniciada, e espero conseguir atingir o nível de perita. A competência de um enfermeiro é verificável em situação real e é construída a partir da integração de princípios e teoria aprendida, aptidões, experiência e tomada de decisão em contexto profissional (Benner, 2001, p.54). Pretendeu-se, desta forma, contribuir e promover a qualidade de cuidados prestados à utente e família, obtendo toda uma base de conhecimentos e competências essenciais ao exercício da profissão.

### **3.2 – Objetivo 2: Desenvolver conhecimentos e competências para a prestação de cuidados especializados autónomos e interdependentes, à mulher/RN/Casal, inseridos na família e comunidade, durante o puerpério imediato**

Durante o puerpério imediato incentivou-se o contacto pele-a-pele, e a vinculação da tríade, promovendo uma parentalidade positiva. O contacto pele a pele é uma prática preconizada e recomendada pela OMS, que deve ser efetuada o mais precocemente possível, pois promove alterações a nível hormonal e inúmeras vantagens para a mãe e para o RN. Este procedimento consiste na colocação do RN despido ou só com fralda sobre o peito da mãe, ou pai na impossibilidade da anterior, ambos cobertos por uma manta aquecida, imediatamente após o nascimento, de forma ininterrupta e prolongada (Matos, Souza, Santos, Velho, Seibert & Martins, 2010, p.999). O contacto pele-a-pele acalma o RN, auxilia na sua estabilização sanguínea, cardíaca, respiratória, térmica, reduzindo o choro e o stresse, e para a mãe promove a produção de oxitocina que aumenta a contractilidade uterina, e estimula a prolactina que mantém a lactação (Phillips, 2013, p.68).

Promoveram-se os cuidados perineais após o parto, e a involução uterina, pois sabe-se que o fundo uterino, após o parto, encontra-se palpável ao nível do umbigo, sendo que posicionamento diferente deste seria anormal e necessitaria de intervenção como massagem uterina ou administração de oxitocina endovenosa (Graça, 2012, 372-377). Os lóquios foram observados no sentido de despistar perdas hemáticas abundantes ou cheiro fétido, prevenindo complicações como hemorragia pós-parto infecção ou atonia uterina (Graça, 2012, p. 377). Proporcionaram-se momentos de educação para a saúde sobre a fisiologia pós-parto, os cuidados perineais, amamentação e o alívio da dor.

Promoveu-se o conforto através posicionamento e de medidas não farmacológicas de alívio da dor perineal como a aplicação local de gelo imediatamente após o parto e aplicação de água fria, aquando da higiene perineal, pois ajuda na diminuição do edema e tem efeito analgésico (Graça, 2012, p. 377). Sempre que as técnicas não farmacológicas de alívio da dor perineal não foram suficientes, recorreu-se à associação de analgesia farmacológica, pois ambos os tratamentos, sistémico e localizado, podem ajudar no alívio da dor associada ao trauma perineal e hemorróidas (Steen & Roberts, 2011).

Promoveu-se a amamentação pelas suas múltiplas vantagens, a curto e longo prazo, incentivando as mulheres através de educação para a saúde sobre as vantagens para a mãe, para o RN e para a sociedade. Para tal, e porque a instituição em que decorreu o EC é um Hospital “Amigo dos bebés” certificado pela UNICEF/OMS, ajudou-se as mães através dos 10 passos preconizados pela UNICEF na iniciativa *Hospitais Amigos dos Bebés*, entre eles, o 4º passo que diz “Ajudar as mães a iniciarem o aleitamento materno na primeira meia hora de vida após o nascimento” (Comité Português para a UNICEF, 2008, p. 15).

Após a transferência para o serviço de obstetrícia, senti a necessidade de visitar as puérperas de forma a poder validar o desempenho efetuado. Esta experiência proporcionou-se como um momento chave para o acompanhamento da puérpera, através do esclarecimento de dúvidas e da observação física da mesma e do RN. A observação física e o esclarecimento de dúvidas aquando do puerpério vieram complementar a minha atuação durante o processo de aprendizagem e

enquanto futura Enf.<sup>a</sup> ESMOG, de forma a poder colmatar erros ou deficiências na minha prévia atuação.

### **3.3 – Objetivo 3: Identificar a percepção das puérperas em relação ao uso de técnicas não farmacológicas de alívio da dor perineal no puerpério imediato**

Tal como foi referido anteriormente, foi efetuado um pedido oficial à entidade hospitalar de modo a poder-se proceder à colheita de dados junto das puérperas no puerpério imediato. O processo de resposta foi extremamente demorado, levando um mês e meio, o que condicionou o número de entrevistas efetuadas. Após a aprovação do mesmo, foi possível entrevistar as puérperas que aceitaram participar na colheita de dados, no dia seguinte ao seu parto. Foram entrevistadas vinte e duas puérperas com idades compreendidas entre os 18 e os 40 anos de idade, de modo a perceber quais os fatores e de que maneira estes iriam influenciar a dor sentida no puerpério imediato. Na entrevista foi possível efetuar uma observação física e perceber a existência de edema, rubor, dor local no períneo, e deste modo, atuar no reforço da educação para a saúde e na prevenção de complicações.

Posteriormente à colheita de dados e aplicação dos conhecimentos, seguida de análise e avaliação junto das puérperas cuidadas, efetuou-se uma reflexão acerca dos métodos não farmacológicos de alívio da dor, e deste modo, tentou-se evidenciar qual o contributo do Enf.<sup>o</sup> ESMOG nesta problemática que está diretamente relacionada com a sua prática diária de cuidados no puerpério, identificando os desconfortos da puérpera e orientando as mesmas nas medidas para minimizá-los. Os dados recolhidos através das entrevistas efetuadas foram analisados e foi elaborado o relatório final onde se dá a conhecer as conclusões atingidas.

Depois da aplicação das atividades preconizadas, foi possível perceber se as puérperas atingiram o conforto holístico através do processo de cuidados de enfermagem, que pretende satisfazer as necessidades básicas relativamente aos

estados de alívio, tranquilidade e transcendência, eliminando ou aliviando os *distresses* da mulher, que neste caso serão a dor perineal no puerpério imediato. Atuando ao nível do contexto físico e ambiental promoveu-se o conforto ao nível dos contextos sociocultural, psico-espiritual, fornecendo à puérpera as ferramentas para capacitá-la para a tomada de decisão, planeamento, controlo e resolução dos seus problemas e necessidades, promovendo a vinculação da tríade e o seu bem-estar, aumentando a sua autoestima.

Após efetuar a primeira entrevista, foi necessário efetuar um ajuste às questões base estipuladas, visto não abrangerem muita informação necessária e condicionarem muito as respostas a sim/não. Não foi introduzida a característica da nacionalidade, apesar de terem sido entrevistadas mulheres portuguesas e estrangeiras, por inicialmente não achar relevância no mesmo. No entanto, futuramente para uma nova problemática, seria importante inserir este condicionante, pois a visão do parto, nomeadamente enquanto fenómeno natural ou médico, varia muito de cultura para cultura, assim como varia o lugar que é dado à dor neste processo (Figueiredo, Costa & Pacheco, 2002, p.203). Visto que a nacionalidade e a cultura podem influenciar a vivência do parto e o modo como reagem à dor, o Enf.º ESMOG, para comunicar-se com a mulher, deve entender a sua visão do mundo, crenças, valores e costumes (Bezerra & Cardoso, 2006, p. 415). Apesar de haver puérperas estrangeiras, estas falavam a língua Portuguesa fluentemente o que facilitou a compreensão, pois a barreira linguística torna-se um entrave à comunicação verbal, à transmissão de informação e à percepção.

Das utentes entrevistadas, oito eram primíparas, para treze puérperas era o segundo parto e para uma era o terceiro, e tinham idades gestacionais compreendidas entre as 34 semanas e 2 dias de gestação e as 41 semanas de gestação. Foram questionadas sobre a dor sentida no parto, no puerpério imediato, após técnicas farmacológicas de alívio da dor e após técnicas não farmacológicas de alívio da dor, de acordo com a escala anteriormente referida. Foram também questionadas sobre a sua experiência de parto, sobre preocupações sentidas após o parto, sobre os métodos de alívio da dor utilizados e sobre as consequências da dor perineal no puerpério para si próprias. Elaboraram-se dois quadros (Quadro nº 1 e nº



2) que evidenciam as categorias “*experiência de parto*” e “*preocupações pós-parto*” respetivamente, as suas sub-categorias (S) e as unidades de registo, ou seja, os relatos das puérperas (P) de modo a analisar-se em separado e que se apresentam no APÊNDICE VI. Na tabela nº 1 evidenciam-se as categorias e respectivas sub-categorias de modo a facilitar a perceção e organização de pensamento.

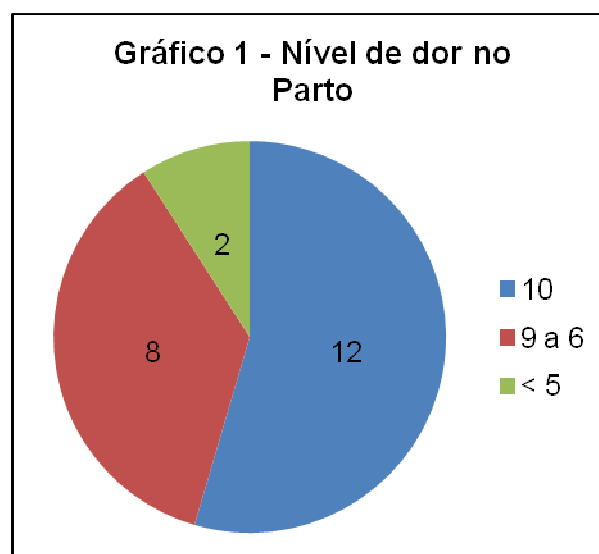
Tabela nº 1 – Categorias e respectivas sub-categorias obtidas através da entrevista.

Categoria	Sub-categoria
Experiência de parto	Rápido (S <sub>1</sub> )
	Doloroso (S <sub>2</sub> )
	Agradável (S <sub>3</sub> )
	Rápido mas Doloroso (S <sub>4</sub> )
Preocupação Pós-parto	RN (S <sub>5</sub> )
	Sutura perineal (S <sub>6</sub> )
	Outro (S <sub>7</sub> )

A primeira questão efetuada às puérperas foi “*como foi a sua experiência de parto?*”. Ao tratar-se de uma pergunta aberta possibilitou-se que estas dessem as mais variadas respostas, positivas ou negativas sobre o mesmo. No entanto, todas as respostas centraram-se em 4 sub-categorias evidenciadas na Tabela nº 1: rapidez “*melhor e mais rápido que o anterior*” (P<sub>1</sub>); na dor “*muito doloroso, com alturas que achei que não iria aguentar por não ter epidural*” (P<sub>6</sub>); na junção de ambas “*Mais doloroso, mas mais rápido que o anterior*”(P<sub>2</sub>); e finalmente em como foi agradável “*muito bom!*” (P<sub>4</sub>). No geral, obtiveram-se 16 respostas positivas em que as puérperas apesar de referirem que foi doloroso ou difícil, referiram também que foi boa a experiência como ilustra o comentário: “*Muito doloroso, mas muito bom quando o bebé nasceu. Pensei que seria pior*” (P<sub>19</sub>). As restantes puérperas

referiram que a experiência de parto foi difícil pela dor sentida durante o mesmo (P<sub>2</sub>, P<sub>3</sub>, P<sub>6</sub>, P<sub>7</sub>, P<sub>11</sub>, P<sub>15</sub>).

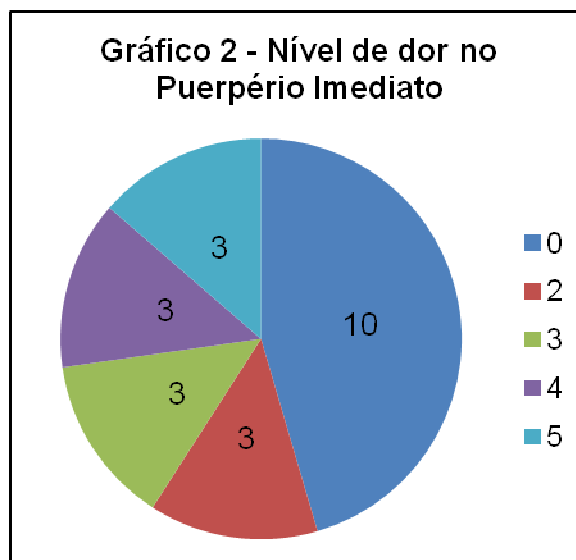
Verificou-se que todas as mulheres referiram dor no parto, independentemente de serem primíparas ou múltiparas, sendo que doze referiram a dor máxima, oito referiram valores entre 9 e 6, e duas referiram valores inferiores a 5. A diferença verificou-se na duração da dor, pois as múltiparas referiram que o parto foi mais rápido que a experiência de parto anterior (P<sub>1</sub>, P<sub>2</sub>, P<sub>3</sub>, P<sub>10</sub>, P<sub>12</sub>, P<sub>13</sub>, P<sub>18</sub>, P<sub>21</sub>). Numa múltipara, porque já existe uma experiência anterior de trabalho de parto, a dilatação faz-se habitualmente 1,5 cm por hora na fase ativa do trabalho de parto, e é um trabalho de parto mais rápido que nas primíparas, pois a eficácia das contrações uterinas no colo é maior (O'Reilly, Bottomley & Rymer, 2008, p. 333).



Das vinte e duas mulheres, dez não fizeram analgesia epidural porque não quiseram ou porque não lhes foi possibilitado este método. A analgesia epidural na instituição onde decorreu a prestação de cuidados é administrada das 8h até à meia-noite, sendo que as grávidas que até às 23h30min não atingiram a fase ativa do trabalho de parto, não conseguem fazer analgesia epidural durante a noite. A título de curiosidade, das duas puérperas que referiram dor inferior ou igual a 5 no parto, apenas uma fez epidural, não sendo no entanto um número fiável, nem o objetivo desta análise, de concluir que a epidural não tem influência na dor sentida durante o parto. Sobre a relação entre a dor sentida e o facto de terem ou não feito epidural, das doze mulheres que fizeram epidural, seis referiram dor no puerpério imediato entre nível 2 e 5 da escala de dor. Das dez puérperas que não fizeram epidural durante o trabalho de parto, seis referiram dor no puerpério imediato com níveis entre nível 2 e 4. Por não haver muita diferença entre os valores de dor referidos e o número de puérperas que referiram dor em ambas as situações, a conclusão

chegada foi que não existe benefício para o puerpério imediato em fazer epidural, pois a dor é subjetiva.

Relativamente à dor sentida no puerpério, efetuou-se a distinção entre o puerpério imediato e o restante puerpério, de modo a relacionar com as ações e atividades efetuadas. Todas as puérperas referiram um grande alívio da dor no puerpério imediato, tendo a maior parte referido nível de dor igual ou inferior a 2 nesse momento. Este facto dificultou a perceção de alívio da dor relacionado à aplicação de gelo efetuada neste



momento, pois as puérperas referiram que o alívio da dor da contração relacionado com o conforto e bem-estar do momento, levavam a não sentir dor significativa e por isso, a não atribuir esse alívio de dor à aplicação do gelo. A mulher neste momento passa para segundo plano, sendo que a principal prioridade do casal é o RN, levando a que a mulher não dê tanta importância ao seu bem-estar e conforto (Francisco, Oliveira, Silva, Bick & Riesco, 2011, p.254).

No puerpério, apenas quatro puérperas referiram preocupações relativamente à sutura e à dor perineal, sendo que destas, todas referiram dor perineal ligeira a moderada no puerpério ( $P_3$ ,  $P_6$ ,  $P_8$ ,  $P_{12}$ ). “Tenho receio que os pontos infectem ou rebentem quando tusso ou quando faço força para evacuar” ( $P_8$ ). Relativamente ao traumatismo perineal, dos 22 partos ocorridos foram efetuadas 12 episiotomias, e ocorreram 8 lacerações de 1º ou 2º grau, sendo efetuadas as respectivas correções. Sobre a dor referida relativamente ao traumatismo perineal, não foi possível estabelecer um padrão, visto que houve puérperas com episiotomia com e sem dor, e houve puérperas com lacerações com e sem dor. Percebeu-se que as puérperas em que ocorreu episiotomia e laceração em conjunto, referiram mais dor no puerpério, principalmente para se sentar ( $P_3$ ,  $P_{12}$ ). De acordo com estudos efetuados, sabe-se que mulheres submetidas a uma combinação de episiotomia e

laceração do períneo estão sujeitas a maior trauma perineal e por isso, a maior probabilidade de sentir dor perineal (East, Begg, Henshall, Marchant & Wallace, 2012, p.2).

De acordo com as competências do Enf.º ESMOG, o Enf.º especialista tem obrigação de avaliar a integridade do canal de parto e aplicar técnicas de reparação, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação; prevenir e providenciar cuidados nas situações que possam afetar negativamente a saúde da mulher e RN no período pós-natal, o que nos leva a pensar nas consequências que advêm das decisões num parto, como Enf.<sup>as</sup> especialistas (OE, 2010b). Ao mesmo tempo em que é importante prevenir complicações efetuando episiotomia, é importante também evitar manobras e procedimentos desnecessários que vão atrasar mais ainda a recuperação e ter influência no puerpério, seja na atenção relativamente ao RN e família, seja na dor sentida. Assim sendo as decisões e/ou juízos efetuados nesta área implicam não só o bem-estar materno, mas também o bem-estar fetal.

Relativamente à atuação do Enf.º ESMOG no puerpério torna-se fundamental a capacitação da puérpera relativamente à sua saúde, equipando-a dos conhecimentos para a sua autonomia nos cuidados e para a sua recuperação. Tal como já foi explicado anteriormente, a dor pode incapacitar a puérpera e impossibilitar uma correta vinculação com o RN, e a atuação do Enf.º ESMOG na prevenção de complicações como a depressão pós-parto, através de educação para a saúde, torna-se fundamental e essencial. Deste modo, foram efetuadas sessões de educação para a saúde durante o EC de forma a dotá-las dos conhecimentos necessários à melhoria do seu conforto e bem-estar. As mulheres mostraram-se recetivas á informação, efetuando várias questões sobre o tema.

Sabe-se que o frio é seguro, eficaz, é uma alternativa de baixo custo, disponível em qualquer prestação de cuidados e para todas as mulheres (East, Begg, Henshall, Marchant & Wallace, 2012, p.3). Sugeriu-se às puérperas que optassem por técnicas não farmacológicas de alívio da dor, sem toma de medicação para que pudessem ter a perceção da causa do alívio da dor. Propôs-se a aplicação de gelo localmente três a quatro vezes por dia durante 15 a 20 minutos, e que após

micção ou dejeção utilizasse água fria e não quente pra a higiene. Desta forma, elas conseguiriam reduzir a toma da medicação, reduzir os custos do hospital, e permitir uma utilização mais livre e independente de técnicas de alívio da dor, não condicionadas a tomas máximas diárias ou doses.

Todas as puérperas tiveram colocação de gelo na região perineal, no puerpério imediato, sendo incentivadas à colocação de gelo no restante puerpério. Foram-lhes explicados os benefícios no alívio da dor, na redução do edema, na estimulação da cicatrização e na redução das hemorróidas decorrentes da força efetuada no parto. No entanto, apesar do incentivo ao mesmo, verificou-se que apenas cinco puérperas o fizeram com regularidade no puerpério, referindo que a água fria era o suficiente para o alívio da dor e que o gelo tornava-se muito desconfortável pelo seu volume e por molhar a roupa (P<sub>7</sub>, P<sub>9</sub>, P<sub>12</sub>, P<sub>15</sub>, P<sub>18</sub>, P<sub>22</sub>).

As puérperas referiram fazer aplicação de água fria para limpeza e alívio da dor perineal e enfatizaram a sua elevada eficácia no alívio da dor, aumento do conforto e facilidade de utilização, *“sempre que ia à casa de banho lavava com água fria e isso aliviava a dor”* (P<sub>2</sub>), *“a água fria é mais fácil e não magoa como o gelo”* (P<sub>12</sub>). Por outro lado, referiram que o alívio é momentâneo e pouco durador, o que as fez ter que ir várias vezes ao WC para obter o alívio pretendido (P<sub>1</sub>, P<sub>2</sub>, P<sub>20</sub>, P<sub>21</sub>). Segundo o estudo que compara a eficácia entre dois tratamentos de frio (gelo local e gel frio local), as mulheres preferiram a utilização do gel comparativamente ao gelo devido ao seu conforto e satisfação geral nos cuidados perineais (East, Begg, Henshall, Marchant & Wallace, 2012, p.13).

Das 22 puérperas entrevistadas, 21 referiram ter tomado paracetamol 1gr oral como analgesia no puerpério. Percebeu-se posteriormente ao início da colheita de dados que é entregue, pela equipa de enfermagem, paracetamol 1gr de 8/8h às puérperas segundo prescrição médica. Este facto levou a uma dificuldade na obtenção dos resultados da aplicação das técnicas não farmacológicas de alívio da dor, pois impossibilitou a perceção de, se era alívio devido à medicação ou devido às técnicas não farmacológicas de alívio da dor. Apesar de incentivadas à utilização única de técnicas não farmacológicas de alívio da dor numa fase primária, as puérperas optaram pela toma de paracetamol de forma a prevenir ou atuar em

concomitância com as técnicas não farmacológicas de alívio da dor. No entanto, percebeu-se que as puérperas apesar de não atingirem a tranquilidade, conseguiram atingir o alívio temporário e a transcendência.

Através da prestação de cuidados às puérperas concluiu-se que a causa maioritária de dor perineal é o trauma decorrente do parto, apoiado por resultados de estudos já efetuados que dizem que a dor perineal no puerpério imediato de um parto eutócico é muito comum, principalmente decorrente de um parto com trauma perineal, lacerações perineais, episiotomia/episiotomia, ou hemorroidas, podendo resultar em mobilidade diminuída, desconforto ao urinar e evacuar, impacto negativo na amamentação ou cuidados ao RN, e pode contribuir para depressão pós-parto ou exaustão mental (East, Sherburn, Nagle, Said & Forster, 2012, p.93). Deste modo, os cuidados prestados durante a perineorrafia, no alívio da dor e no posicionamento tornaram-se fundamentais para o bem-estar da puérpera.

Relativamente às consequências causadas pela dor perineal, 15 das 22 puérperas referiram não ter sentido nenhuma alteração na prestação de cuidados. *"Faço tudo normalmente sem dificuldades"* (P<sub>1</sub>). As restantes 7 puérperas referiram dor ao sentar, e destas, 3 referiram *"sinto dificuldade ao sentar e levantar, mas de resto faço as coisas normalmente sem alterações"* (P<sub>12</sub>). No entanto, as 22 puérperas referiram que a dor sentida não interferiu nos cuidados prestados ao RN, à própria ou à família.

#### 4. CONCLUSÃO E TRABALHO FUTURO:

Pretendeu-se durante este percurso de aprendizagem prestar cuidados de enfermagem especializados com qualidade, autonomia, e responsabilidade no âmbito da vigilância do bem-estar da mulher/RN/casal/família, nos cuidados durante o trabalho de parto e puerpério e em situação de patologia obstétrica, melhorando sempre a atuação e cuidados prestados. Os cuidados prestados visaram a promoção da saúde e a prevenção da doença, representando ganhos em saúde, através da realização de cuidados de enfermagem completos e adequados às necessidades de cada mulher/casal/família.

(...) para a vigilância da Saúde da mulher, é inequívoca a importância da ação do enfermeiro (a) na área de promoção da saúde e prevenção da doença, competindo aos enfermeiros especialistas em Saúde Materna e Obstétrica prestar os cuidados de Enfermagem que requerem um nível mais profundo de conhecimentos e habilidades, atuando, (...), no âmbito da especialidade que possui. (OE, 2009)

A dor é subjetiva, sendo um dos fatores que dificulta a generalização de resultados obtidos à população, no entanto, conseguiu-se perceber que a morbilidade e as consequências negativas são diminuídas caso as puérperas obtenham informação necessária para o seu correto auto-cuidado. A aplicação de frio diminuiu a dor perineal sentida para as utentes, sendo a aplicação de água fria localmente e regularmente a técnica não farmacológica de alívio da dor mais eficaz.

A experiência de parto é um fenómeno multifacetado, onde a qualidade desta experiência interfere no pós-parto (Casquillo, 2008). A vivência positiva do parto está associada aos cuidados recebidos durante o mesmo, como os cuidados de higiene recebidos, o alívio da dor, a promoção da participação ativa da mulher durante o seu trabalho de parto, o contacto imediato com o filho após o nascimento e o apoio emocional pelo companheiro (Marin, Donelli, Lopes & Piccinini, 2009; Duarte, Matos, Cruz & Tomás, 2008). De acordo com a experiência de parto relatada pelas puérperas, obtida através da entrevista, considera-se que a apreciação da maioria

foi positiva, na medida em que estas referiram que, apesar de difícil, demorado, ou doloroso, foi uma experiência boa. As puérperas foram questionadas no final da sua entrevista sobre o que mudariam na sua experiência de parto, e o que foi referido sobre as mesmas centrou-se em alterações estruturais do espaço onde decorreu o parto e sobre a possibilidade de efetuar epidural durante a noite, algo que não se encontra disponível de momento.

O facto de as mulheres não referirem dor no puerpério imediato e só depois na obstetrícia levou a uma dificuldade na obtenção de resultados e conclusões sobre a aplicação de gelo local no puerpério imediato. Verificou-se que as mulheres colocam-se em segundo lugar, beneficiando o bem-estar do seu RN em prol do seu, não referindo que a dor sentida atrapalhasse ou dificultasse a prestação de cuidados ao seu filho. Outra conclusão possível é que a dor sentida durante o trabalho de parto e parto é tão grande que a mulher, após parir, sente-se aliviada ao ponto de não considerar a dor perturbadora em comparação com a dor anteriormente sentida, o que a leva a não se queixar neste momento que é direcionado para o RN e para a amamentação.

A administração de paracetamol no puerpério imediato pode ter enviesado os resultados obtidos, não se percebendo se o alívio de dor se devia às técnicas não farmacológicas de alívio da dor individualmente ou em conjunto. Sugere-se que num futuro estudo se tenha em consideração o protocolo terapêutico (de forma a haver uma prescrição em SOS e não fixa de administração de analgésicos), privilegiando as técnicas não farmacológicas de alívio da dor, pela sua eficácia, disponibilidade e baixo custo, e só caso estas não tenham efeito, seguir para a utilização de técnicas farmacológicas.

Seria importante, num estudo futuro, que o grupo de puérperas entrevistadas fosse maior, de forma a obter mais resultados e expandir o estudo para outras vertentes que seriam o efeito da analgesia epidural no puerpério. Fundamentando a minha atuação nos atuais modelos de saúde visando ganhos na área da promoção, manutenção ou restabelecimento da saúde das mulheres, tornou-se evidente a importância da educação para a saúde, a relação terapêutica e a colaboração com a



equipa médica de modo a promover a saúde e bem-estar da mulher/casal e família. Noutra perspetiva, um acompanhamento eficiente e eficaz leva a uma otimização de recursos de saúde, representando uma diminuição do custo global. Assim, a aposta na prevenção permite a obtenção de qualidade na prestação de cuidados à mulher/família.

Pretendia-se diminuir a dor sentida pela puérpera no puerpério imediato e identificar quais os métodos não farmacológicos de alívio da dor mais eficazes. O desenvolvimento deste trabalho na prática de cuidados permitiu uma maior consciencialização da dor perineal e de como esta pode afetar a mulher e família, tal como a manutenção da amamentação, a vinculação com o RN e o relacionamento do casal, demonstrando aos profissionais de saúde quão importante é a sua atuação neste problema e como podem desenvolver as atividades de forma a colmatar as necessidades sentidas pelas puérperas/família, promovendo o seu alívio nos vários contextos. A simples atuação do Enf.º ESMOG através da colocação de, por exemplo, gelo na região perineal no puerpério imediato, pode levar a resultados de longa duração e à prevenção de complicações tardias, ou complicações relacionadas com o RN.

Este tema vai de encontro ao projeto “Maternidade com Qualidade”, já anteriormente referido, que pretende garantir a segurança e qualidade dos cuidados através da efetiva regulação do exercício profissional. Desta forma, o alívio da dor perineal através de técnicas não farmacológicas como a aplicação de gelo no períneo, ou a água fria, vai permitir atingir o conforto, promover a amamentação e a vinculação da tríade, vai diminuir a necessidade de procedimentos invasivos, e a diminuição de custos e de tempo de recuperação, e consequentemente o tempo de internamento nas instituições de saúde.

É fundamental que a formação nesta área aumente, de forma a fornecer ao maior número de enfermeiros as bases e os conhecimentos que permitam a melhoria dos cuidados à puérpera e à família, permitindo uma melhoria da qualidade de vida, uma diminuição da morbilidade materna. O alívio da dor perineal no puerpério é uma forma de promover o bem-estar e o conforto da puérpera, sendo

que o Enf.º ESMOG tem um papel preponderante e essencial neste aspeto. Trata-se de um tema pouco estudado, com investigação efetuada em pequenos grupos de puérperas, sendo que seria importante haver mais estudos e com grupos mais alargados de puérperas, com grupos comparativos de diferentes idades, perspetivas culturais e com diferentes tipos de trauma perineal.

Durante o EC, observei a equipa de Enf.ºs ESMOG na sua prática de prestação de cuidados às puérperas no puerpério imediato, e verifiquei que a utilização de gelo local no períneo, neste período é bastante reduzida, pois só se aplica quando existe um maior trauma perineal, ou seja, no caso de partos distócicos ou lacerações/ episiotomias mais extensas, pois consideravam que o gelo não teria benefício em situações menos graves.

A aplicação de frio no períneo, logo após o parto, já demonstrou inúmeros benefícios em curto prazo, no alívio da dor perineal, e em longo prazo, na prevenção de mobilidade diminuída, do desconforto ao urinar e evacuar, na amamentação e nos cuidados ao RN, prevenindo complicações maiores (East, Sherburn, Nagle, Said & Forster, 2012, p.93). Compete ao Enf.º ESMOG, fomentar esta prática diariamente na prestação de cuidados, explicando às puérperas os seus benefícios no alívio da dor, na diminuição do edema, e na melhoria do bem-estar e conforto. É importante que haja formação em serviço sobre o tema, sugerindo-se uma formação para os Enf.º ESMOG do Serviço de Bloco de Partos, de forma a uniformizar a prestação de cuidados às puérperas beneficiando o seu conforto e bem-estar, bem como a elaboração de protocolos sobre o tema seria importante para esta uniformização.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Aasheim, V.; Nilsen, A.; Lukasse, M.; Reinar, L. (2012). Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma (Review). *Cochrane Database of Sistematic reviews 2011*. 12;
- Apóstolo, J. (2009). O conforto nas teorias de enfermagem – análise do conceito e significados teóricos. *Referência*. 11 (9), p. 61-67;
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito* (2ª ed.). Coimbra: Quarteto;
- Bezerra, M.; Cardoso, M. (2006). Fatores culturais que interferem nas experiências das mulheres durante o trabalho de parto e parto. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 14 (3), p.414-421;
- Bick, D.; Basset, S. (2013). How to... provide postnatal perineal care. *Midwives*. 2, 34-35;
- Bick, D; Kettle, C.; Macdonald, S.; Thomas, P.; Hills, R.; Ismail, K. (2010). Perineal Assessment and repair longitudinal study (PEARLS): protocol for a matched pair cluster trial. *BMC Pregnancy & Childbirth*. 10 (10);
- Brand, J. P. (1998). *Direcção e Gestão de Projectos*. Lisboa: Lidel. ISBN: 978-972-757-0928;
- Casquillo, F. (2008). *A experiência e a satisfação com o parto e a confiança nos cuidados maternos*. Lisboa. Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia e de Ciências de Educação. Dissertação de Mestrado integrado em Psicologia. Acedido a 17/10/2014. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10451/906>;
- Collière, M. F. (2003). *Cuidar... A primeira arte da vida*. Loures: Lusociência;
- Comité Português para a UNICEF (2008). *Manual de Aleitamento Materno*. Lisboa: Comité Português para a UNICEF;
- Coutinho, Emília (2004). A experiência de ser cuidada na sala de partos. *Revista Millenium*. Nº 30 (Outubro 2004). p. 29-37. Acedido a 10/02/2014. Disponível em: <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium30/3.pdf>;

- Couto, G. (2003). *Preparação para o parto – Representações mentais de um grupo de grávidas de uma área urbana e de uma área rural*. Loures: Lusociência;
- Duarte, C.; Matos, M.; Cruz, M.; Tomás, M. (2008). Da expectativa à experiência de ser cuidada pelo EESMO na sala de partos. *Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras*. Nº 9, p. 34-40;
- East, C.; Begg, L.; Henshall, N.; Marchant, P.; Wallace, K. (2012). Local cooling for relieving pain from perineal trauma sustained during childbirth (Review). *Cochrane Database of Systematic reviews* 2012. 5;
- East, C.; Sherburn, M.; Nagle, C.; Said, J.; Forster, D. (2012). Perineal pain following childbirth: prevalence, effects on postnatal recovery and analgesia usage. *Midwifery*. 28, p. 93-97;
- Figueiredo, B.; Costa, R; Pacheco, A. (2002). Experiência de parto: Alguns fatores e consequências associadas. *Análise Psicológica*. 2 (XX), p. 203-217;
- Fonseca, P. (2012). *Guia para redação de relatórios*. Acedido a 20/09/2014. Disponível em: <http://sweet.ua.pt/pf/Documentos/Guia%20redacao%20relatorios.pdf>;
- Francisco, A.; Oliveira, S.; Silva, F.; Bick, D; Riesco, M. (2011). Women's experiences of perineal pain during the immediate postnatal period: A cross-sectional study in Brazil. *Midwifery*. 27, p. 254-259;
- Graça, L. (2012). *Medicina Materno-Fetal*. Lisboa: Lidel. ISBN – 978-972-757-654-8;
- Instituto Nacional de Estatística (2011). *Censos 2011 – População residente por local de residência e sexo*. Acedido em 30/07/2014. Disponível em: [http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_indicadores&indOcorrCod=0005889&selTab=tab0](http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0005889&selTab=tab0);
- International Confederation of Midwives (2010). *Essential competences for basic midwifery practice*. Acedido em 10/02/2014. Disponível em: <http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments>

/ICM%20Essential%20Competencies%20for%20Basic%20Midwifery%20Practice  
%202010,%20revised%202013.pdf;

- Karaçam, Z.; Ekmen, H.; Çalisir, H. (2012). The use of perineal massage in the Second stage of labor and follow-up of postpartum perineal outcomes. *Health Care for Women International*. 33 (8), 697-718;
- Kolcaba K. (1991). A taxonomic structure for the concept comfort. *Image*. 23 (4), p. 237-240;
- Kolcaba, K. (1994). A theory of holistic comfort for nursing. *Journal of advanced nursing*. 19 (6), p. 1178-1184;
- Kolcaba, K. (1995). Comfort as process and product, merged in holistic nursing art. *Journal of Holistic Nursing*. 13 (2), p. 117-131;
- Kolcaba, K. (2003). *Comfort theory and practice. A vision for holistic health care and research*. New York: Springer;
- Leventhal, L.; Oliveira, S.; Nobre, M.; Silva, F. (2011). Perineal Analgesia with an Ice Pack after spontaneous vaginal birth: A Randomized controlled trial. *Journal of Midwifery & Women's Health*. 56 (2), 141-146;
- Lowdermilk, D.; Perry, S. (2008). *Enfermagem na Maternidade*, 7ª ed. Loures: Lusodidacta. ISBN: 978-989-8075-16-1;
- Marin, A.; Donelli, T.; Lopes, R.; Piccinini, C. (2009). Expectativas e sentimentos de mães solteiras sobre a experiência do parto. *Aletheia*. 29, p. 57-72;
- Marra, C.; Pozzi, I.; Ceppi, L.; Sicuri, M.; Veneziano, F.; Regalia, A. (2011). Wrist-Ankle Acupuncture as Perineal Pain Relief After Mediolateral Episiotomy: A pilot Study. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*. 17 (3), p. 239-241;
- Matos, T.; Souza, M.; Santos, E.; Velho, M.; Seibert, E.; Martins, N. (2010). Contacto precoce pele a pele entre mãe e filho: significado para mães e contribuições para a enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 63(6), p. 998-1004;

- Ministério da Saúde (2001). *Parto, Aborto e Puerpério – Assistência Humanizada à Mulher*. Brasília: Ministério da Saúde. ISBN: 85-334-0355-0;
- Morse, J. (2000). On comfort and comforting. *American Journal of Nursing*. 100 (9), p. 34-38;
- Nardiz, M. (1989). *Enfermería y Atención Primaria de Salud: de enfermeiras de médicos a enfermeiras de comunidade*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos;
- National Institute for Health and Clinical Excellence (2008). *Antenatal Care routine care for the healthy pregnant woman*. 2nd edition. London: National Collaborating Centre for Women's and Children's Health;
- Neil, R. (2004). Jean Watson – Filosofia e Ciência do Cuidar. In A. Tomey, M. Alligood (autores). *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)* (5ª ed.). (p. 163-183). Loures: Lusociência;
- Nightingale, F. (2005). *Notas sobre Enfermagem: o que é e o que não é*. Loures: Lusociência;
- Nunes, L. (2013). *Considerações Éticas a atender nos trabalhos de investigação académica de enfermagem*. Setúbal: Departamento de Enfermagem ESS/IPS. ISBN: 978-989-98206-1-6;
- O'Reilly, B.; Bottomley, C.; Rymer, J. (2008). *Ginecologia e Obstetrícia*. Loures: Lusodidacta. ISBN – 978-989-8075-06-2;
- Oliveira, C.; Lopes, M. (2010). Construir laços de confiança e promover o conforto. *Pensar enfermagem*. 14 (1), p. 67-74;
- Oliveira, S.; Silva, F.; Riesco, M.; Latorre, M.; Nobre, M. (2012) Comparison of application times for ice packs used to relief perineal pain after normal birth: a randomized clinical trial. *Journal of Clinical Nursing*. 21 (23-24), p. 3382-3391;
- Ordem dos Enfermeiros (2009). *Parecer nº 141/2009 – Execução de citologia cervical*. Acedido em 22/06/2013. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/Parecer%20141\\_02%2006%202009\\_execu%C3%A7%C3%A3o%20de%20citologia%20eesmo\\_VFinal.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/Parecer%20141_02%2006%202009_execu%C3%A7%C3%A3o%20de%20citologia%20eesmo_VFinal.pdf);

- Ordem dos Enfermeiros (2010a). *De que falamos quando se fala em “Enfermeiro de Família”?*. Acedido a 10/02/2014. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/acoress/artigospublicadoimpressalocal/Paginas/Dequefalamosquandosefalaem%E2%80%9CEnfermeirodeFam%C3%ADlia%E2%80%9D.aspx>;
- Ordem dos enfermeiros (2010b). *Regulamento das competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros;
- Ordem dos Enfermeiros (2012). *Documento de Consenso “Pelo Direito ao Parto Normal – Uma Visão Partilhada”*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros;
- Organização Mundial de Saúde (1996). *Assistência ao parto normal: um guia prático*. Unidade de Maternidade Segura, saúde reprodutiva e da família. Genebra: OMS;
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência;
- Phillips, R. (2013). The Sacred Hour: Uninterrupted Skin-to Skin Contact Immediately After Birth. *Newborn & Infant Reviews*. 13, p. 67-72;
- Sampaio, R.; Mancini, M. (2007). Estudos de Revisão Sistemática: Um guia para síntese criteriosa da evidência científica. *Revista Brasileira de Fisioterapia*. 11 (1), p. 83-89. Acedido a 19/07/2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbfis/v11n1/12.pdf>;
- Sheikhan, F.; Jahdi, F.; Khoei, E.; Shamsalizadeh, N.; Sheikhan, M.; Haghani, H (2012). Episiotomy pain relief: Use of Lavender oil essence in primiparous Iranian women. *Complementary Therapies in Clinical Practice*. 18, 66-70;
- Siefert, M. (2002). Concept analysis of Comfort. *Nursing Forum*. 37 (4), p.16-23;
- Steen, M. (2005). “I can’t sit down” – easing genital tract trauma. *British Journal of Midwifery*. 13 (5), 311-314;
- Steen, M. (2007). Perineal tears and episiotomy: how do wounds heal?. *British Journal of Midwifery*. 15 (5), p. 273-280;

- 
- Steen, M. (2010). Care and consequences of perineal trauma. *British Journal of Midwifery*. 18 (11), 710-715;
  - Steen, M.; Roberts, T. (2011). The consequences of pregnancy and birth for the pelvic floor. *British Journal of Midwifery*. 19 (11), 692-698;
  - Swain, J.; Dahlen, H. (2013). Putting evidence into practice: A quality activity of proactive pain relief for postpartum perineal pain. *Women and Birth*. 26, 65-70;
  - Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência humana e cuidar uma teoria de enfermagem*. Loures: Lusociência;
  - Way, S. (2012). A qualitative study exploring women's personal experiences of their perineum after childbirth: Expectations, reality and returning to normality. *Midwifery*. 28, 712-719;
  - World Health Organization (2004). Making pregnancy safer: the critical role of the skilled attendant. Geneva: WHO.



# **ANEXOS / APÊNDICES**

**ANEXO I – Escala de dor visual quantitativa numérica**

Sem Dor		Dor Máxima									
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

**APÊNDICE I – Artigos analisados na Revisão de Literatura**

Título do Artigo	Autores	Ano	Tipo de artigo
"I can't sit down"- easing genital tract trauma	Steen, M.	2005	Revisão de Literatura
Care and consequences of perineal trauma	Steen, M.	2010	Revisão de literatura
Comparison of application times for ice packs used to relief perineal pain after normal birth: a randomized clinical trial	Oliveira, S.; Silva, F.; Riesco, M.; Latorre, M.; Nobre, M.	2012	Estudo clinico randomizado
Episiotomy pain relief: Use of lavender oil essence in primiparous iranian women	Sheikhan, F.; Jahdi, F.; Khoei, E.; Shamsalizadeh, N.; Sheikhan, M.; Haghani, H.	2012	Estudo qualitativo
How to... provide postnatal perineal care	Bick, D.; Basset, S.	2013	Revisão de literatura
Local cooling for relieving pain from perineal trauma sustained during childbirth (Review)	East, C.E.; Begg, L.; Henshall, N.E.; Marchant, P.R.; Wallace, K.	2012	Revisão sistemática de literatura
Perineal Analgesia with an ice pack after spontaneous vaginal birth: A randomized controlled trial	Leventhal, L.; Oliveira, S.; Nobre, M.; Silva, F.	2011	Estudo clinico randomizado
Perineal Pain following childbirth: prevalence, effects on postnatal recovery and analgesia usage	East, C.; Sherburn, M.; Nagle, C.; Said, J.; Forster, D.	2012	Estudo qualitativo com entrevistas
Perineal tears and episiotomy: how do wounds heal?	Steen, M.	2007	Revisão de Literatura
Putting evidence into practice: A quality activity of proactive pain relief for postpartum perineal pain	Swain, J.; Dahlen, H. G.	2013	Estudo qualitativo com aplicação de questionários
The consequences of pregnancy and birth for the pelvic floor	Steen, M.; Roberts, T.	2011	Revisão
Women's experiences of perineal pain during the immediate post natal period: A cross-sectional study in Brazil	Francisco, A.; Oliveira, S.; Silva, F.; Bick, D.; Riesco, M.	2011	Estudo transversal
Wrist-ankle acupuncture as perineal pain relief after mediolateral episiotomy: a pilot study	Marra, C.; Pozzi, I.; Ceppi, L.; Sicuri, M.; Veneziano, F.; Regalia, L.	2011	Estudo qualitativo piloto



**APÊNDICE II – Resumo dos Artigos**

<b>Artigo</b>	"I can't sit down" – easing genital tract trauma
<b>Autor / Ano de Publicação</b>	Mary Steen, 2005
<b>Resumo</b>	"This article discusses the high prevalence of genital tract trauma and its many negative consequences for women, such as being unable to sit down comfortably. It highlights how suture technique and suture material can significantly contribute to the severity of perineal pain and discomfort and the importance of asking women about their 'pain experience'. Treatments to alleviate the pain and discomfort are then reviewed. In conclusion, it would appear that a combination of systemic and localized treatments is necessary to achieve adequate pain relief which will meet individual women's needs."

<b>Artigo</b>	Care and consequences of perineal trauma
<b>Autor / Ano de Publicação</b>	Mary Steen, 2010
<b>Resumo</b>	"This article discusses the care and consequences of perineal trauma which affects the majority of women. It is clearly evident from the literature that failure to recognize the extent of trauma, incorrect repair and inadequate pain relief can lead to negative consequences in both the short and long term. Women complain of varying degrees of perineal pain and discomfort and pain relief is an important aspect of midwifery care. It would appear that a combination of systemic and localized treatments is necessary to achieve adequate pain relief which will meet individual women's needs."



<b>Artigo</b>	Comparison of application times for ice packs used to relief perineal pain after normal birth: a randomized clinical trial
<b>Autor / Ano de Publicação</b>	Oliveira, S.; Silva, F.; Riesco, M.; Latorre, M.; Nobre, M. 2012
<b>Resumo</b>	<p>“Aims and objectives: To compare the effect of an ice pack applied for 10, 15 and 20 minutes to relieve perineal pain after birth.</p> <p>Background: Perineal pain after vaginal birth, with or without vaginal trauma, is one of the most common morbidities reported for postnatal women. Cryotherapy has been used in postpartum period to relieve perineal pain and investigated in several studies. However, cryotherapy treatment protocols in perineal care vary widely regarding temperature, frequency and duration of the application. Design: A controlled trial, randomized for two groups and with a third group as a historical control.</p> <p>Method: The intervention was carried out in a maternity hospital in São Paulo, Brazil. The study population consisted of three groups of 38 women who used an ice pack on the perineum, in a single application: group A- 10 minutes; group B-15 minutes; group C-20 minutes (historical control from another clinical trial). Participants’ perineal pain magnitude was evaluated through a numerical scale (0–10), at four different points: before the cryotherapy; immediately after and at 20 and 40 minutes after cryotherapy.</p> <p>Results: After application of the ice pack, there was no statistical difference when comparing the perineal pain among groups in the second, third and fourth evaluations. Most of the postnatal women reported pain relief, with 72.8% reporting a decrease in pain &gt;50%; 21.9% reported a decrease between 30–50%. All postnatal women subjected to cryotherapy were favourable to the procedure.</p> <p>Conclusion: There is no difference in pain scores following ice pack application in three different times (10, 15 and 20 minutes) in women who report moderate or intense perineal pain after normal delivery.</p> <p>Relevance for clinical practice: Ice treatment is safe, and application times of 10 or 15 minutes are as beneficial as an application time of 20 minutes to relieve perineal pain.”</p>

<b>Artigo</b>	Episiotomy pain relief: Use of lavender oil essence in primiparous Iranian women
<b>Autor / Ano de Publicação</b>	Sheikhan, F.; Jahdi, F.; Khoei, E.; Shamsalizadeh, N.; Sheikhan, M.; Haghani, H. 2012
<b>Resumo</b>	<p>“Introduction - Post-episiotomy discomfort and its consequences can affect maternal quality of life and mental health as well as the mother and baby relationship. Complementary medicine is increasingly used and Lavender oil is frequently prescribed due to its antiseptic and healing properties.</p> <p>Method - This clinical trial involved 60 qualified primiparous women admitted for labor in Kamali Hospital in Karaj, Iran. They were randomly categorized into two groups: case (using Lavender oil) and control (usual hospital protocol). Participants’ pain and discomfort were recorded using a Visual Analogue Scale (VAS) and a Redness, Edema, Ecchymosis, Discharge Scale (REEDA). Pain was evaluated at 4 h, 12 h and 5 days following episiotomy. Collected data was analyzed in SPSS 14 using an independent t-test and chi-square.</p> <p>Results - There was a statistical difference in pain intensity scores between the 2 groups after 4 h (<math>p = 0.002</math>, and 5 days (<math>p = 0.000</math>) after episiotomy. However, differences in pain intensity between the two groups, at 12 h post-surgery, were not significant (<math>p = 0.066</math>). The REEDA score was significantly lower in the experimental group (Lavender oil group) 5 days after episiotomy (<math>p = 0.000</math>).</p> <p>Conclusion - According to these findings, use of Lavender oil essence can be effective in reducing perineal discomfort following episiotomy. It is suggested that Lavender oil essence may be preferably to the use of Betadine for episiotomy wound care.”</p>

<b>Artigo</b>	How to... provide postnatal perineal care
<b>Autor / Ano de Publicação</b>	Bick, D.; Basset, S. 2013
<b>Resumo</b>	<p>“Most women who have a vaginal birth will sustain perineal trauma, which can range from bruising, an uncomplicated first- or second-degree tear, to a more complicated third- or fourth-degree tear or episiotomy. Women who have a second-degree or more severe tear or an episiotomy should have had their wound sutured following appropriate assessment and evidence-based management (NICE, 2007; RCOG, 2007; Kettle and Tohill, 2013). Details of the perineal trauma sustained, including information on the type of repair and where the wound is sited, should be discussed with the woman, as this will enable her to more effectively manage and monitor her own recovery. On transfer to postnatal care, all women should have an individualized care plan, developed with their midwife (NICE, 2006).</p> <p>A core component of postnatal care includes routinely asking women about perineal pain or other discomfort they may be experiencing, with regular observation and examination of the perineal area to assess progress with healing (NICE, 2006). It is essential to ensure this observation is as thorough as possible, with the woman in a comfortable position to enable the perineum to be easily viewed.</p> <p>All women should be offered advice on how to care for their perineum, including information on signs and symptoms of infection, which require immediate medical referral. This information should be offered within 24 hours of birth (NICE, 2006). In the first few days post-birth, women should avoid prolonged sitting or standing and encouraged to use appropriate maternity sanitary pads, which will be softer and prevent friction on perineal wounds.</p> <p>Women should be advised of the need to change their pads regularly</p>

during the day, washing their hands well before and after changing pads, and bathing or showering regularly to keep their perineal area clean. With optimum wound healing now known to occur in a moist environment (Boyle, 2006), practices such as advising women to dry their perineum with a hairdryer should be discouraged. Details of who to contact if women have concerns about their perineum should be included in their care plan.

Advice on a diet, with plenty of fluids, vegetables and fruit rich in vitamin C, may prevent constipation and could support wound healing, although evidence of benefit is needed. Women anxious about opening their bowels may feel more comfortable if they support their perineum just in front of their rectum with some clean tissue or a clean sanitary pad while gently pushing to open their bowels.

Two to three days postpartum, or when a woman feels comfortable, the midwife should encourage her to start pelvic floor muscle training (PFMT), ensuring they are familiar with the correct technique and importance of long-term adherence. There is some evidence that, for women having their first baby, PFMT during and after pregnancy can prevent urinary incontinence up to six months post-birth (Boyle et al, 2012). PFMT may reduce symptoms among women who develop urinary incontinence post-birth and, in some cases, those who develop faecal incontinence, although effects are less clear in the long term for this symptom. Many women will be concerned about resumption of sexual intercourse. Intercourse should be resumed when women feel comfortable, which for some may be within two to three weeks of birth, but for others it could be later. It is important to offer advice on the use of contraception to all women (NICE, 2006)."

<b>Artigo</b>	Local cooling for relieving pain from perineal trauma sustained during childbirth (Review)
<b>Autor / Ano de Publicação</b>	East, C.E.; Begg, L.; Henshall, N.E.; Marchant, P.R.; Wallace, K. 2012
<b>Resumo</b>	<p>“Background – Perineal trauma is common during childbirth and may be painful. Contemporary maternity practice includes offering women numerous forms of pain relief, including the local application of cooling treatments.</p> <p>Objectives – To evaluate the effectiveness and side effects of localised cooling treatments compared with no treatment, other forms of cooling treatments and non-cooling treatments.</p> <p>Search methods – We searched the Cochrane Pregnancy and Childbirth Group's Trials Register (10 January 2012), CINAHL (1982 to 10 January 2012), the Australian New Zealand Clinical Trials Register (10 January 2012) and contacted experts in the field.</p> <p>Selection criteria – Published and unpublished randomised and quasi-randomised trials (RCTs) that compared localised cooling treatment applied to the perineum with no treatment or other treatments applied to relieve pain related to perineal trauma sustained during childbirth.</p> <p>Data collection and analysis – At least two review authors independently assessed trials for inclusion, assessed trial quality and extracted data. A sub-set of data were double checked for accuracy. Analyses were performed on an intention-to-treat basis where data allowed. We sought additional information from the authors of three trials.</p> <p>Main results – Ten published RCTs were included (involving 1825 women). Comparisons were local cooling treatments (ice packs, cold gel pads (with or without compression) or cold/iced baths) with no</p> ”

treatment, gel pads with compression, hamamelis water (witch hazel), pulsed electromagnetic energy (PET), hydrocortisone/pramoxine foam (Epifoam), oral paracetamol or warm baths. Ice packs provided improved pain relief 24 to 72 hours after birth compared with no treatment (risk ratio (RR) 0.61; 95% confidence interval (CI) 0.41 to 0.91; one study, n = 208). Women preferred the utility of the gel pads compared with ice packs or no treatment (RR 0.82; 95% CI 0.73, 0.92). Differences detected in a composite of perineal oedema and bruising and overall wound healing were noted in one small study, favouring cold gel pads (n = 37) over ice (n = 35, mean difference (MD) 0.63 on a scale of 0 to 15; 95% CI 0.20 to 1.06) or no treatment (n = 39, MD -2.10; 95% CI -3.80 to -0.40) three to 14 days after giving birth. Women reported more pain (RR 5.60; 95% CI 2.35 to 13.33; one study, 100 women) and used more additional analgesia (RR 4.00; 95% CI 1.44 to 11.13; one study, 100 women) following the application of ice packs compared with PET.

Authors' conclusions – There is only limited evidence to support the effectiveness of local cooling treatments (ice packs, cold gel pads, cold/iced baths) applied to the perineum following childbirth to relieve pain.”

<b>Artigo</b>	Perineal Analgesia with an ice pack after spontaneous vaginal birth: A randomized controlled trial
<b>Autor / Ano de Publicação</b>	Leventhal, L.; Oliveira, S.; Nobre, M.; Silva, F. 2011
<b>Resumo</b>	<p>“Introduction: This study evaluated the effectiveness of an ice pack applied for 20 minutes to alleviate perineal pain after spontaneous vaginal birth.</p> <p>Methods: We conducted a randomized controlled trial at the Amparo Maternal Birth Center in São Paulo, Brazil. Study participants included 114 nulliparous women divided into 3 groups (n = 38 per group): experimental (ice packs on the perineum), placebo (water packs at set temperature), and control (no treatment).</p> <p>Results: A numerical scale (0 to 10) was used for pain assessment. A comparison of the average pain at the beginning and after 20 minutes showed a significant reduction of pain (<math>P &lt; .001</math>) in the 3 groups, and the experimental group had a lower average score for pain compared with the control group (1.6 versus 3.3, <math>P = .032</math>).</p> <p>Discussion: The use of ice packs for 20 minutes was effective for perineal pain relief after vaginal birth.”</p>

<b>Artigo</b>	Perineal Pain following childbirth: prevalence, effects on postnatal recovery and analgesia usage
<b>Autor / Ano de Publicação</b>	East, C.; Sherburn, M.; Nagle, C.; Said, J.; Forster, D. 2012
<b>Resumo</b>	<p>“Objective – to establish the prevalence of perineal pain, the effects of pain on postnatal recovery, analgesia used to relieve pain and the perceived effectiveness of such analgesia at the Royal Women's Hospital, Victoria, Australia.</p> <p>Design, setting and participants – we conducted structured interviews of 215 women in the postnatal ward of a tertiary hospital, within 72 hours of a vaginal birth.</p> <p>Findings – the structured interviews revealed that 90% of women reported some perineal pain, with 37% reporting moderate or severe pain. The degree of perineal trauma predicted women's ratings of perineal pain on a visual analogue scale, with more severe trauma related to higher pain scores. Over a third of women experienced moderate or severe perineal pain, particularly when walking (33%) or sitting (39%), while 45% noted that pain interfered with their ability to sleep. Women reported moderate or severe perineal pain when they undertook activities involving feeding their infant (12%) or caring for their infant (12%). Women used a range of analgesia, including a combination of ice packs (69%), oral analgesia (75%), narcotic analgesia (4%) and anti-inflammatory suppositories (25%). The majority of women rated these forms of analgesia as effective and identified very few side effects.</p> <p>Key conclusions – following vaginal birth, women commonly reported pain from perineal trauma. This pain affected women's ability to mobilise and was relieved by a variety of agents. Side effects from analgesia were rare.</p> <p>Implications for practice – the prevalence of perineal pain and the associated impact on women's recovery from childbirth warrants midwives' proactive care in offering a range of effective pain relief options to women.”</p>



<b>Artigo</b>	Perineal tears and episiotomy: how do wounds heal?
<b>Autor / Ano de Publicação</b>	Mary Steen 2007
<b>Resumo</b>	“The care of perineal wounds is an important aspect of postnatal care. This article focuses on the healing of perineal wounds, describes tissue trauma, different types of wounds and classification of perineal wounds. Wound healing, factors that can prevent healing and the need to provide adequate pain relief that will have no adverse effect on healing are discussed in detail.”

<b>Artigo</b>	Putting evidence into practice: A quality activity of proactive pain relief for postpartum perineal pain
<b>Autor / Ano de Publicação</b>	Swain, J.; Dahlen, H. G. 2013
<b>Resumo</b>	<p>“Background – Perineal pain associated with perineal trauma is often underestimated. Offering regular pain relief may be advantageous compared to waiting for women to request it. Changing clinical practice in a sustained way needs a whole of team approach.</p> <p>Aim – To reduce women's pain following perineal trauma in the first 48 h following childbirth and to undertake this as multidisciplinary, quality activity.</p> <p>Methods – In November 2008 a questionnaire was distributed to 18 new mothers who had sustained perineal trauma during the birth in order to assess pain levels in the first 48 h and to investigate pain management therapies used. Following this survey a multidisciplinary project team undertook a series of brainstorming sessions, reviewed the literature and undertook staff surveys to identify key factors</p> ”

	<p>impacting on women's perineal pain. A process of decision making led to education and support of women and staff. An evidence based guideline, which involved prescribing regular pain relief for women and offering an ice pack within 1 h of giving birth was implemented, and a brochure was designed for women. A follow up questionnaire was distributed in June 2010 to 18 women and pain scores before and after the change in policy were compared.</p> <p>Results – Prior to the practice change in 2008 67% of the women surveyed rated their pain as ‘moderate’ to ‘a lot’ 48 h following the birth. Following the change in practice and implementation of a new guideline a second survey in 2010 at 48 h postpartum found 60% of women in the post intervention group rated their perineal pain as ‘a lot’ to ‘moderate’. There had been a 33% increase in women's use of pain relief options compared to the pre-intervention survey. The practice change was sustained and adopted by all the staff.</p> <p>Conclusion – By taking a multidisciplinary quality activity an effective practice change was facilitated that appeared to decrease women's perineal pain in the 48 h following birth.”</p>
--	---

<b>Artigo</b>	The consequences of pregnancy and birth for the pelvic floor
<b>Autor / Ano de Publicação</b>	Steen, M.; Roberts, T. 2011
<b>Resumo</b>	“This article will describe and discuss the anatomy and physiology of the pelvic floor and the important role it plays during childbirth. It will also consider damage that can be caused to the pelvic floor and in the genital/rectal region. Urinary and faecal incontinence, perineal injury (naturally occurring or surgically induced) and haemorrhoids can cause a lot of distress and pain for many women following childbirth. Alleviating the distress and pain associated with these problems is vitally important and will be explored.”

<b>Artigo</b>	Women's experiences of perineal pain during the immediate post natal period: A cross-sectional study in Brazil
<b>Autor / Ano de Publicação</b>	Francisco, A.; Oliveira, S.; Silva, F.; Bick, D; Riesco, M. 2011
<b>Resumo</b>	<p>"Objective – to identify the severity and prevalence of perineal pain during the post-partum in-patient period and associated obstetric, maternal and newborn baby factors following birth.</p> <p>Design – cross-sectional study.</p> <p>Setting – a postnatal ward of a hospital in São Paulo, Brazil.</p> <p>Participants – 303 postnatal women.</p> <p>Measurements – Interviews and perineal assessment were conducted to evaluate the perineal outcomes (trauma and pain). Data on maternal characteristics and infant anthropometric variables were collected.</p> <p>Results – among all women, 80.5% had perineal trauma (60.7% had episiotomy) and 18.5% reported perineal pain. The mean pain intensity score was <math>4.8 \pm 1.9</math> on the visual analogue scale. Only maternal age (<math>ORa=1.08</math>) and performance of episiotomy (<math>ORa=3.80</math>) remained as independent predictors of perineal pain in the final logistic regression model.</p> <p>Key conclusions – perineal pain in the immediate postnatal period was highly associated with older maternal age and use of episiotomy, although the overall reporting of perineal pain was low.</p> <p>Implications for practice – perineal pain following vaginal birth is associated with interventions during labour as well as with maternal characteristics. Despite the negative impact on a woman's daily activities, perineal pain following birth is neglected by care givers and usually not reported by women who may consider it to be a normal outcome of giving birth. Care providers need to ensure all interventions during labour and birth are informed by evidence of benefit and that barriers to implementation of evidence are addressed. Further work is needed to obtain the views of women in Brazil on their health and well-being following birth."</p>

<b>Artigo</b>	Wrist-ankle acupuncture as perineal pain relief after mediolateral episiotomy: a pilot study
<b>Autor / Ano de Publicação</b>	Marra, C.; Pozzi, I.; Ceppi, L.; Sicuri, M.; Veneziano, F.; Regalia, L. 2011
<b>Resumo</b>	<p>“Objectives: The purpose of this pilot study was to evaluate the efficacy of acupuncture in relieving perineal pain after mediolateral episiotomy during childbirth.</p> <p>Design and subjects: Women with mediolateral episiotomy during delivery were enrolled in this study and were assigned to be treated or not with acupuncture.</p> <p>Outcomes measures: Perineal pain relieving effect of acupuncture was evaluated considering oral analgesics request during post-partum period and was the main outcome of this trial.</p> <p>Results: A total of 42 women were enrolled in this trial. Twenty-one (21) women were treated with “wrist–ankle” acupuncture, inserting one needle in their right ankle. A second group of 21 women was not treated with acupuncture. Women in the acupuncture group were significantly less likely to experience pain; only 8 of them (38.1%) asked for analgesics. All women in the second group assumed oral analgesics because of perineal pain (<math>p &lt; 0.01</math>).</p> <p>Conclusions: Wrist–ankle acupuncture during the postpartum period is effective for perineal pain relief after mediolateral episiotomy.”</p>

**APÊNDICE III – Pedido de autorização para a realização do estudo**

Exmo. Sr. Enf.º Diretor \_\_\_\_\_

Nádia Jivá Pires dos Santos, enfermeira com número mecanográfico 82794, a exercer funções no serviço de Bloco de Partos do \_\_\_\_\_, vem por este meio pedir autorização para a realização de um estudo, inserido na Unidade Curricular Estágio com Relatório, a realizar no serviço de Bloco de partos, decorrente do Curso de Mestrado e Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia.

O trabalho intitulado “Contributo do enfermeiro especialista em saúde materna, obstetrícia e ginecologia (ESMOG) no alívio não farmacológico da dor perineal, no puerpério imediato”, e tem como objetivo perceber de que forma o Enf.º ESMOG atua autonomamente e de forma especializada, perante situações de dor perineal no puerpério imediato, de modo a transmitir alívio à mulher, tranquilidade e transcendência nos vários contextos em que ela se insere, tendo em consideração que o Alívio da dor, através de métodos não farmacológicos, vai diminuir a necessidade de medicação e de dias de internamento mais prolongado, diminuindo gastos, ou exames dispendiosos no futuro.

Pretende-se realizar entrevistas às utentes, que serão gravadas para efeitos de estudo, de forma a perceber se foi usada alguma forma de alívio não farmacológico e qual foi o seu efeito. Desta forma, anexo um guião da entrevista semiestruturada, e o consentimento informado que as puérperas irão assinar. Será garantida a confidencialidade dos dados, que só serão utilizados para o fim acima proposto, e serão cumpridos os princípios ético-morais e deontológicos, tal como as normas internas da instituição durante as etapas do processo de cuidados e de investigação.

Cumprimentos

Aguardo deferimento

Nádia

Santos

#### **APÊNDICE IV – Consentimento Informado**

## Consentimento Informado

Eu, \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, com CC nº \_\_\_\_\_ autorizo a gravação de entrevistas e a utilização dos meus dados sobre a gravidez, parto e pós-parto atuais, para a realização de um estudo intitulado “Contributo do enfermeiro especialista em saúde materna, obstetrícia e ginecologia (ESMOG) no alívio não farmacológico da dor perineal, no puerpério imediato”, efetuado pela Enfermeira Nádia Jivá Pires dos Santos, aluna nº 4804 da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, no âmbito do Curso de Mestrado e Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia. Foi-me explicado a sua finalidade e objetivos, pelo qual aceito participar e dou autorização para o uso de dados relativos à minha gravidez, parto e pós-parto atuais para realização de trabalhos com fins académicos.

Portimão, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2014

\_\_\_\_\_  
(Assinatura)

\_\_\_\_\_  
(assinatura do investigador)

Contacto

investigador:

nadiajsantos@hotmail.com



## **APÊNDICE V – Guião da Entrevista**

Nome:

Idade:

Índice obstétrico/Gesta/Para:

Semanas de gestação:

Tipo de parto:

Como foi a sua experiência do parto?

- tipo de parto

- episódio/períneo íntegro /laceração

Qual era a sua expectativa em relação ao parto?

O que é que para si a preocupou /incomodou mais no pós-parto?

Sente ou sentiu dores no pós-parto imediato?

O que foi feito para diminuir as dores? (medicação, epidural, medidas não farmacológicas)

Numa escala de 0 a 10 qual foi a dor sentida no parto (uso de escala quantitativa visual de dor)?

No pós-parto enquanto estava no recobro?

No pós-parto enquanto estava na Obstetrícia?

Após o uso de medicação?

Após o uso de medidas não farmacológicas?

Sente que a dor a impediu ou dificultou a atenção que poderia ter dado ao seu Recém-nascido?

De que forma podemos melhorar os cuidados prestados às grávidas e puérperas no serviço de Bloco de partos?

Obrigada!

## **APÊNDICE VI – Análise de conteúdo das entrevistas**

**Quadro nº 1 – sub-categorias / unidades de contexto e unidades de registo relativo a categoria “*experiência de parto*”**

<u>sub-categorias / unidades de contexto</u>	<u>unidades de registo</u>
Rápido (S <sub>1</sub> )	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ “Melhor e mais rápido que o anterior” (P<sub>1</sub>)</li> <li>➤ “Correu bem. Comparado com o anterior foi mais rápido e mais fácil” (P<sub>10</sub>);</li> <li>➤ “Inesperado! Após ter rompido a bolsa de águas foi muito rápido, nem deu para adaptar, mas foi bom” (P<sub>13</sub>);</li> <li>➤ “Pensava que era pior. As dores fortes foram poucas até fazer epidural e depois o nascimento foi muito rápido” (P<sub>14</sub>);</li> <li>➤ “Foi mais controlado e mais rápido que o anterior. Superou as minhas expectativas” (P<sub>18</sub>);</li> <li>➤ “Foi bom dentro do possível. Ouvia falar que demorava horas e até foi rápido” (P<sub>21</sub>);</li> </ul>
Doloroso (S <sub>2</sub> )	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ “Muito doloroso, com alturas em que achei que não iria aguentar por não ter epidural” (P<sub>6</sub>);</li> <li>➤ “Muito doloroso” (P<sub>7</sub>);</li> <li>➤ “Não é para repetir. Correu bem, mas foi muito difícil lidar com a dor e um misto de emoções por o bebé ir para a neonatologia” (P<sub>11</sub>);</li> <li>➤ “A minha tolerância à dor foi mais baixa do que pretendia, então foi muito difícil. Senti tudo, o bebé a nascer e a cozerem-me. Tive que levar mais anestesia” (P<sub>15</sub>);</li> <li>➤ “Muito doloroso, mas muito bom quando o bebé nasceu. Pensei que seria pior” (P<sub>19</sub>);</li> </ul>
Agradável (S <sub>3</sub> )	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ “Muito bom!” (P<sub>4</sub>);</li> <li>➤ “Estava com receio, mas gostei. O que foi complicado foram as últimas contrações” (P<sub>5</sub>);</li> <li>➤ “Muito bom. As dores no final foram complicadas, mas valeu a pena” (P<sub>8</sub>);</li> <li>➤ “Complicado, mas bom na mesma. Lidar com a dor foi difícil” (P<sub>9</sub>);</li> <li>➤ “Muito sofrimento, momentos difíceis, mas no final a experiência foi boa pelo alívio e pelo nascimento” (P<sub>16</sub>);</li> <li>➤ “Foram muitas horas com contrações e sem epidural, mas no geral foi uma experiência positiva” (P<sub>17</sub>);</li> <li>➤ “Acho que correu bem. Foi boa a experiência apesar de longa, porque só tive dores fortes durante uma hora e meia” (P<sub>20</sub>);</li> <li>➤ “Difícil. Mas foi positivo e feliz no final” (P<sub>22</sub>);</li> </ul>
Rápido mas Doloroso (S <sub>4</sub> )	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ “Mais doloroso, mas mais rápido que o anterior” (P<sub>2</sub>);</li> <li>➤ “Rápido, mas doloroso” (P<sub>3</sub>);</li> <li>➤ “Muito doloroso mesmo com epidural, mas foi mais rápido e isso foi bom” (P<sub>12</sub>);</li> </ul>

**Quadro nº 2 – sub-categorias / unidades de contexto e unidades de registo relativo a categoria “*preocupação pós-parto*”**

<b><u>sub-categorias / unidades de contexto</u></b>	<b><u>unidades de registo</u></b>
RN (S <sub>5</sub> )	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ “O bebé não arrotar” (P<sub>1</sub>);</li><li>➤ “Que o meu bebé tenha cólicas” (P<sub>2</sub>);</li><li>➤ “Se o bebé está a mamar bem e se sai leite” (P<sub>4</sub>);</li><li>➤ “O bebé ficar sem ar como ficou quando nasceu” (P<sub>5</sub>);</li><li>➤ “Tudo relacionado com o bebé” (P<sub>10</sub>, P<sub>19</sub>);</li><li>➤ “O meu bebé estar internado na neonatologia” (P<sub>11</sub>, P<sub>18</sub>);</li><li>➤ “O bebé bolsar e não querer mamar” (P<sub>17</sub>);</li><li>➤ “o bebé estar muito sonolento e não querer mamar” (P<sub>20</sub>);</li></ul>
Sutura perineal (S <sub>6</sub> )	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ “A perda de sangue após o parto e se fui muito cozida após o parto” (P<sub>3</sub>);</li><li>➤ “ter dor por causa dos pontos” (P<sub>6</sub>, P<sub>12</sub>);</li><li>➤ “Medo dos pontos infetarem ou rebentarem quando vou evacuar” (P<sub>8</sub>);</li></ul>
Outro (S <sub>7</sub> )	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ “Dor na costela esquerda pela forma feita na barriga pelo médico no nascimento” (P<sub>16</sub>);</li><li>➤ “O facto de ter desmaiado na casa de banho” (P<sub>22</sub>)</li></ul>